

Instituto Politécnico de Beja

Escola Superior de Educação de Beja

Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

*“Qualidade de Vida na Reforma  
Antecipada por Doença Mental “*

Orientador: Prof<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria;

Mestranda: Maria João da Palma Jorge Soares

BEJA

2013

**DOCUMENTO:** Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária.

**TÍTULO:** Qualidade de Vida na Reforma Antecipada por Doença Mental.

**APRESENTAÇÃO:** Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja.

**ORIENTADOR (A):** Prof<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria.  
Doutorada em Psicologia na Área de Especialização em Psicologia da Saúde.  
Docente no Instituto Politécnico de Beja.

Para ti LUÍS...

Pelos laços de sangue que nos unem...

Por seres o meu irmão

Contigo aprendi que...

Doença mental não acontece só com, e aos outros...

Porque antes de desenvolveres uma doença mental, já eras meu irmão...

Para sempre a Tua ... JÓ

*Maria João Does (2013)*

## RESUMO

O envelhecimento do ser humano é uma condição inerente à sua existência. Todos nós nascemos, crescemos, envelhecemos e morremos. Atingida a idade igual ou superior a 65 anos, os indivíduos reformam-se. A reforma é entendida como um diploma de fim de vida, onde as competências adquiridas são inatividade física, nutrição deficitária, perda de conhecimento, isolamento social, redução das relações pessoais e interpessoais, não empowerment, redução da mobilidade física, da plasticidade mental, institucionalização, dependência de terceiros, enfim adquire-se o grau de “velho”, com toda a conotação negativa que a palavra implica. A pessoa com doença mental diagnosticada, consegue esse diploma muito antes dos 65 anos. Quando ainda se encontra na fase adulta da vida em que deve ter um papel ativo e produtivo na sociedade, ao desenvolver uma doença mental automaticamente é-lhe atribuído o grau de reformado – Velho. Face a esta problemática, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida do doente mental reformado por invalidez, designação para a reforma por doença mental (reforma por invalidez), assim como perceber quais os fatores de risco, fatores protetores e as estratégias de coping utilizadas, na aceitação da doença mental e consequentemente da situação de aposentado. Os participantes no estudo foram avaliados através da aplicação do Questionário de Saúde Geral - Versão Portuguesa, FARIA, 1999, do Questionário de Qualidade de Vida - WHOQOL-BREF – (versão portuguesa) (Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho e Carona, 2006) e pelo *Teste de Avaliação Neuropsicologia* – Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-estar em Gerontes (Faria, e al, 2012). A realização deste estudo permitiu-nos avaliar as implicações da reforma antecipada nos participantes com doença mental e a influência desta na sua qualidade de vida.

## PALAVRAS CHAVE

Doente Mental; Reforma Antecipada; Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida.

---

**ABSTRACT**

The aging of the human being is a condition inherent to their existence. We all are born, grow, age and die. Reached the age less than 65 years, individuals retire. The reform is seen as a diploma of end of life, where the acquired skills are physical inactivity, nutrition deficit, loss of knowledge, social isolation, reducing personal and interpersonal relationships, not empowerment, reduction of physical mobility, mental plasticity, institutionalization , dependence on third parties, finally acquires the degree of "old" with all the negative connotations that the word implies.

A person diagnosed with mental illness, can this law long before the age of 65. When still in the adult stage of life in which to take an active and productive in society, to develop a mental illness is automatically assigned the grade refurbished - Old. Faced with this problem, this study aims to evaluate the quality of life of the mentally ill retired for disability, retirement or assignment to mental illness (disability pension), as well as understand what the risk factors, protective factors and strategies coping used, acceptance of mental illness and hence the situation of retired. Participants in the study were evaluated by applying the General Health Questionnaire - English Version, DO, 1999, the Quality of Life Questionnaire - WHOQOL-BREF - (Portuguese version) (Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Riço, Pint and Ride, 2006) and the Neuropsychology Assessment Test - structured interview on Mental Health and Well-being in gerontes (Faria et al, 2012). The study allowed us to assess the implications of early retirement in participants with mental illness and its effect on their quality of life.

**KEYWORDS**

Mentally Ill; Early Retirement; Active Ageing and Quality of Life.

## AGRADECIMENTOS

À Prof<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria, o meu muito obrigado por mais uma vez ter aceitado ser minha orientadora. Pela sua experiência científica, profissional, académica e orientação na elaboração desta tese. Pela autonomia e confiança que me proporcionou ao longo da elaboração deste projeto, confiando em mim enquanto pessoa e profissional, contribuindo assim para o meu crescimento e desenvolvimento académico, profissional e psicossocial.

À Dr.<sup>a</sup> Isabel Santos, diretora de serviço do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), por todo o apoio pessoal e técnico que me transmitiu desde o primeiro momento em que me propus desenvolver o meu estudo. Pelo apoio técnico, sugestões, críticas construtivas e pela sua sabedoria e forma abdicada com que partilhou comigo os seus saberes o meu muito obrigado.

Ao meu marido, José das Dôres, e aos meus filhos Mariana e Francisco, pelo apoio incondicional, estímulo, carinho e amor dedicados desde o primeiro momento em que me propus alcançar mais esta etapa da minha vida. Pelas horas que ficaram privados de qualidade de vida na minha companhia, pela paciência que tiveram comigo nas minhas faltas de paciência, pela ternura, amor e confiança que têm por mim, ser-vos-ei eternamente grata.

Ao Luís, meu Irmão, por todas as experiências que me tem proporcionado na relação pessoal, familiar, social que se têm quando se vive com alguém que passa de uma situação de bem estar e saúde em geral para uma estado de doença mental.

Ao meu Pai, por sempre me ter ensinado a mim e ao meu irmão os valores do verdadeiro conceito de família. Pelo amor incondicional que tem pelos seus filhos, mas em especial pelo meu irmão. Obrigado pai por tudo o que tem feito pelo Luís, pois embora com doença mental, cresceu, vive e está a envelhecer com qualidade de vida.

À Margarida Ramalho por todo o apoio prestado enquanto profissional e colega de trabalho. Pelas suas sugestões, conhecimentos técnicos, recolha bibliográfica e outros o meu obrigado.

A todas as pessoas com doença mental aposentadas que se disponibilizaram a colaborar no preenchimento dos instrumentos de pesquisa, agradeço a sua colaboração indispensável.

Á Bibliotecária da ULSBA, Dolores Morgado agradeço a colaboração e apoio incansável na recolha bibliográfica dos vários assuntos pertinentes para a realização deste estudo.

Á minha colega e amiga Teresa Mateus agradeço a colaboração, disponibilidade e amizade prestadas ao longo de todo o mestrado e a oportunidade de refletir e partilhar diversas questões desta investigação.

A todos os Técnicos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Serviço de Psiquiatria Geral, agradeço a colaboração e apoio prestados ao longo desta investigação, nomeadamente aos psiquiatras Dr.<sup>a</sup> Lucília Bravo e Dr. João Oliveira Paradela.

A Todos os que não mencionei, mas que de forma direta ou indireta me ajudaram, tornando possível a realização desta tese, o meu sincero obrigado.

Por último, quero agradecer às três pessoas responsáveis pela minha existência. A Deus, por me “levar ao colo nos momentos em que mais preciso”, ao meu Pai, por sempre me ter proporcionado a vivência em família e à minha Mãe, que lá do céu intercede por mim junto de Deus. Bem hajam!

<b>ÍNDICE GERAL</b>	<b>Pág.</b>
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xi
ÍNDICE DE QUADROS.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
<b>RESUMO.....</b>	<b>iii</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO – UM PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO.....</b>	<b>14</b>
1.1 – Envelhecimento normal – concetualizações .....	14
1.2 – O processo de envelhecimento.....	14
1.3 – O envelhecimento no mundo e em Portugal.....	16
1.4 – Tipos de envelhecimento.....	17
1.4.1 – Envelhecimento motor.....	17
1.4.2 – Envelhecimento psicológico.....	18
1.4.3 – Envelhecimento sensorial.....	20
1.4.4 – Envelhecimento cognitivo e comunicação.....	21
1.4.5 – Envelhecimento emocional.....	22
1.4.6 – Envelhecimento social.....	23
<b>CAPÍTULO 2 - QUALIDADE DE VIDA.....</b>	<b>26</b>
2.1 – Envelhecimento e qualidade de vida.....	26
2.2 – Emoções <i>coping</i> e bem-estar.....	31
<b>CAPÍTULO 3 – REFORMA.....</b>	<b>32</b>
3.1 - Lei de Bases da Segurança Social em Portugal.....	32



3.2 – Passagem à reforma.....	33
3.3 – Fatores protetores e fatores de risco.....	37
<b>CAPITULO 4 – SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>39</b>
4.1 – Saúde mental em Portugal e no Mundo.....	39
4.2 – Saúde mental Regional e Local.....	40
4.3 – Saúde mental e bem-estar.....	42
4.4 – Enquadramento legal para a saúde mental.....	44
4.5 – Principais patologias da amostra e sua incidência.....	45
<b>PARTE II – ESTUDO EMPIRICO.....</b>	<b>52</b>
<b>CAPITULO 5 – METODOLOGIA.....</b>	<b>52</b>
5.1 – Desenho da investigação.....	52
5.2 – Participantes.....	54
5.3 – Instrumentos .....	54
5.4 – Procedimentos .....	56
5.5 – Tratamento de dados.....	56
<b>6 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>57</b>
6.1 – Entrevista a doentes mentais com reforma antecipada.....	57
6.1.1 – Entrevistado 6.....	57
6.1.2 – Entrevistado 7.....	58
6.1.3 – Entrevistado 10.....	60
6.1.4 – Entrevistado 1.....	61
6.1.5 – Entrevistado 2.....	62
6.1.6 – Entrevistado 3.....	63

6.1.7 – Entrevistado 4.....	65
6.1.8 – Entrevistado 5.....	66
6.1.9 – Entrevistado 8.....	67
6.1.10 – Entrevistado 9.....	68
6.2 – Reforma antecipada e qualidade de vida.....	69
<b>7 – PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO EM HOSPITAL DIA.....</b>	<b>73</b>
7.1 – Objetivo do projeto.....	73
7.2 – População alvo.....	73
7.3 – Local e implementação.....	73
7.4 – Duração.....	74
7.5 – Atividades a implementar .....	74
7.6 – Avaliação.....	74
7.7 – Cronograma.....	75
<b>8 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES NO ESTUDO.....</b>	<b>76</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>78</b>
<b>SITES.....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>83</b>
ANEXO 1 – Autorizações.....	83
ANEXO 2 – Questionário de Saúde Geral (QSG).....	84
ANEXO 3 - WHOQOL-BREF.....	85
ANEXO 4 - Teste de Avaliação Neuropsicológica.....	86
ANEXO 5 – Análise de Conteúdo - Teste de Avaliação Neuropsicológica e QSG...87	
ANEXO 6 – Análise dos dados - WHOQOL-BREF.....	88

---

## **INDICDE DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1 – Média da Saúde Geral dos Participantes.....70

GRÁFICO 2 – Média da Qualidade de Vida dos Participantes.....71

## **INDICE DE QUADROS**

QUADRO 1 – Modelo Social do Envelhecimento.....24

---

## **INDICE DE FIGURAS**

FIGURA 1 – Desenho da Investigação.....	52
FIGURA 2 – Modelo Racional Teórico.....	54

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma condição inerente ao ser humano. Em Portugal, nomeadamente no Baixo Alentejo, a percentagem de idosos com doença mental tem aumentado exponencialmente. As causas são múltiplas, são os fatores ambientais, o isolamento social, os fatores sócio económicos e culturais, entre outros.

A percentagem de pessoas em idade adulta que desenvolve uma doença mental aumenta cada vez mais, consequência das condições económicas e política que o país atravessa. Desenvolver uma doença mental em idade adulta, é como “adquirir o passaporte para a 3ª idade”. Independentemente da idade, a maioria dos indivíduos com doença mental numa faixa etária entre os 40 e os 50 anos e muitas vezes mais novos, vê-se reformado por invalidez. Estamos perante um problema social de desinvestimento pessoal, social e de dependência de terceiros, cuidadores informais, institucionalização, de envelhecimento precoce a nível psíquico e social. Os indivíduos com doença mental adotam um padrão de comportamento físico, psíquico e social idêntico ao dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, ou seja adotam um comportamento idêntico ao do que atualmente se entende por “velho”.

Este estudo tem como objetivo *“Avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com doença mental, reformados por invalidez em idade ativa e compreender a forma como se adaptaram à condição de doente mental, qual o suporte social e quais as estratégias de coping e os fatores protetores que facilitaram a promoção da sua qualidade de vida, enquanto doentes mentais reformados”*.

A presente dissertação encontra-se dividida em duas partes, cada uma delas com vários capítulos. A parte 1 apresenta-nos o enquadramento teórico, onde se apresenta uma breve revisão da literatura das variáveis a serem estudadas. Na parte 2 é apresentado o estudo empírico com descrição da metodologia utilizada, onde são caracterizados e contextualizados os participantes no estudo, e apresentado o plano metodológico, procedimentos e instrumentos utilizados no mesmo, seguindo-se a análise e discussão dos Por último sucedem-se as conclusões do estudo e as suas implicações, assim como será apresentado um projeto de Intervenção Psicomotora em Adultos com diagnóstico de doença mental em Hospital de Dia, a desenvolver a nível do Hospital de Dia da ULSBA, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental direcionado para a população com doença mental que adquire a reforma antecipadamente por invalidez, no sentido de prevenir a entrada antecipada na reforma e simultaneamente promover um envelhecimento ativo e com qualidade de vida aos doentes mentais do Distrito de Beja.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO – UM PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO**

#### **1.1 – Envelhecimento normal – concetualizações**

O envelhecimento ocorre de forma gradual. As alterações biológicas, psicológicas e sociais ocorrem no ser humano ao longo dos anos, ou décadas, consequentemente não podemos afirmar que existe uma idade determinada para que a pessoa possa ser considerada velha. Na década de 1880, na Alemanha, Otto Von Bismarck definiu a idade dos 65 anos para o indivíduo usufruir de certos benefícios sociais, passando ser prática comum designar as pessoas com mais de 65 anos de idade de “velhas”. O processo de envelhecimento é universal relativamente a todos os seres da mesma espécie, intrínseco ao organismo, progressivo e associado. À medida que envelhecemos as alterações corporais têm repercussões psicológicas no indivíduo, traduzindo-se estas em mudanças de atitudes e comportamentos. O envelhecimento é um processo dinâmico e complexo. O aumento da população idosa é um fenómeno que vem ocorrendo há vários séculos, à escala global, pelo que não se trata de um fenómeno recente, mas que tem vindo a acentuar-se nos últimos anos no contexto do progresso mundial. O envelhecimento não é linear nas três dimensões do mesmo, ou seja, podemos ser “velhos” fisicamente, mas psicológica ou socialmente jovens. Estudos transversais e longitudinais provam que existem muitas trajetórias diferentes do envelhecimento normal, com tendências que variam nos diferentes sub grupos genéticos e socioculturais.

#### **1.2 – O processo de envelhecimento**

O envelhecimento não é uma doença: vive-se logo envelhece-se. É um processo complexo e universal, sendo comum a todos os seres vivos, nomeadamente ao homem (Morais, 2008). Ao longo do seu desenvolvimento o ser humano passa por quatro fases distintas: infância; adolescência; adultez e por último a fase da velhice, sendo esta última, um período muito complexo de adaptações físicas, psíquicas e sociais, difíceis de ultrapassar na maioria das vezes. Chegada a fase da velhice, o idoso passa por diversas transformações às quais terá de se adaptar. Das numerosas adaptações, as mais significativas prendem-se com aspetos emocionais, como a morte do parceiro, psicológicas, a perda de algumas capacidades físicas, sociais, a perda de amigos e o

isolamento inerente a esta fase. Apesar de todas estas perdas, temos de saber olhar para o idoso de forma individual, uma vez que cada um tem a sua identidade, personalidade e vivências que continuam em desenvolvimento até ao final da sua vida.

O envelhecimento é um conjunto de processos inerentes ao desenvolvimento que pode ser entendido como a perda de capacidades adaptativas e diminuição da funcionalidade, resultantes de alterações que ocorrem a nível biológico, psicológico e social no indivíduo. Fontaine, 2000 refere que os conceitos de desenvolvimento e envelhecimento são conjuntos de fenómenos dinâmicos que evocam transformações no organismo, que pode ser de natureza biológica ou psicológica em função do tempo.

Apesar destes dois processos serem indissociáveis e do envelhecimento ser um fenómeno que acontece no decorrer do desenvolvimento do ciclo de vida, não quer dizer que o indivíduo continue a desenvolver as suas capacidades, pelo contrário há um declínio dessas mesmas capacidades. O estudo do processo de desenvolvimento do ciclo de vida, durante muitos anos recaiu sobre a infância e a adolescência, sobre as mudanças e transformações que são inerentes aos processos supra citados em prol da sobrevivência da idade adulta e da velhice.

O esquema evolução-estabilidade-declínio foi também durante algum tempo apontado como ideal para compreender o desenvolvimento da vida de um ser humano, na qual a infância e a adolescência eram períodos de grande evolução, a idade adulta uma fase de latência e a velhice um período de declínio. Neste momento sabe-se que o estudo do desenvolvimento só faz sentido se analisarmos todo o ciclo de vida, desde o nascimento até à morte (Fonseca, A. 2005). Estamos perante uma visão do desenvolvimento humano, que tem como fio condutor o reconhecimento de que o desenvolvimento continua para lá da infância e da adolescência e que, à medida que as pessoas se deslocam ao longo da vida, vão experimentando continuamente processos de mudança, de transição e de adaptação. Fonseca, A. 2005 refere que apesar de se reconhecer que muitas das mudanças verificadas na velhice são marcadas por declínios na força e na frequência de respostas comportamentais, o desenvolvimento no decurso da segunda metade da vida também é marcado por progresso, aperfeiçoamento, acumulação e integração de conhecimentos do mundo, por uma compreensão mais aprofundada dos outros e pelo aumento de oportunidades de relacionamento interpessoal.

### 1.3 - O envelhecimento no Mundo e em Portugal

O aumento da esperança média de vida tem aumentado exponencialmente ao longo dos anos. Nos EUA, de 49 anos de esperança média de vida (EMV) em 1900, passou-se para um EMV de 76,5 anos em 2000 (*Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2000*). Para os homens com 65 anos de idade, a expectativa de vida é de aproximadamente 16 anos, e para as mulheres com a mesma idade ela é superior a 19 anos: aos 85 anos de idade os homens vivem em média mais 6 anos e as mulheres mais 7 anos (*Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2000*). Com o crescimento substancial da população idosa, prevê-se que por volta de 2030, um em cada três americanos tenha 55 anos ou mais de idade e um em cada cinco terá uma média de 65 anos. Em 2050 prevê-se a existência de 19 a 24 milhões de pessoas no mundo a pertencer ao grupo de indivíduos com idade igual ou superior a 85 anos, cerca de 5% da população total. Faria, 2012 refere que “Os resultados dos Censos 2011, referenciados ao dia 21 de Março de 2011, revelaram que a população residente em Portugal era de 10 561 614 habitantes...” e ainda que “A observação das características demográficas da população mostraram que se agravou o envelhecimento da população na última década. Assim, em 2011, Portugal apresenta cerca 19% da população com 65 ou mais anos de idade”. Estas tendências apresentam um desafio à comunidade em geral, ou seja é urgente que a comunidade aprenda sobre o envelhecimento e os idosos, necessidade essa que se estende a todas as famílias, profissionais das mais diversas áreas, incluindo a saúde mental. Pelo menos 12% dos adultos idosos na comunidade apresentam perturbações mentais diagnosticáveis, segundo dados do Epidemiologic Catchment Survey (Regier e col., 1988), constituindo assim um subgrupo significativo da população da terceira idade.

“De acordo com o I.N.E. (2012), em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. O índice de envelhecimento aumentou de cerca de 112 idosos por cada 100 jovens em 2006 para cerca de 118 por cada 100 jovens em 2009. Segundo as projeções demográficas mais recentes, elaboradas pelo mesmo instituto, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população, sendo o índice de envelhecimento de 242 idosos para cada 100 jovens.(Drago, Susana & Martins, Rosa 2012) Assim e como se observa, o envelhecimento é uma problemática de saúde pública, com implicações para o próprio indivíduo e para a sociedade.”



## 1.4– Tipos de Envelhecimento

### 1.4.1 - Envelhecimento Motor

O envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Trata-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação (Palácios, J. 2004). A deterioração dos parâmetros físicos, como a força muscular, resistência, equilíbrio, flexibilidade, agilidade e coordenação, leva à limitação funcional que levará à dependência física, ou seja, se os parâmetros físicos declinarem abaixo do nível requerido para a realização das atividades da vida diária, como a realização das AVD's (atividades de vida diária), assim como dos cuidados de higiene pessoal básicos, levará a uma dependência funcional, o que vai influenciar a qualidade de vida do idoso. Com o envelhecimento ocorrem várias alterações no corpo humano, nomeadamente, aumento do peso com o aumento da massa gorda, diminuição da estatura, diminuição da massa muscular e diminuição da densidade óssea (Pereira, B. 2004). A perda de músculo conduz a uma progressiva diminuição da força e da resistência, os ossos revelam uma perda progressiva de minerais e de estrutura, tornando-se progressivamente e com o envelhecimento mais vulneráveis a fraturas.

A *força*, é uma capacidade física fundamental para a manutenção de uma ótima função motora e, conseqüentemente, para uma boa qualidade de vida. Dos níveis de força muscular depende a possibilidade de se executar um vasto conjunto de tarefas quotidianas, que tantas vezes se encontram comprometidas nos idosos e que os tornam tão dependentes e limitados. O processo de diminuição da força nos idosos não é apenas devido à perda de massa muscular, mas também devido à perda de enervação motora. Os idosos começam a ter mais dificuldades nos movimentos mais complexos e rápidos. A diminuição da força muscular com a idade associa-se à limitação da mobilidade e do desempenho físico, provocando fraqueza ao idoso (Correia P. P., Espanha M., Barreiros J., 1999). Os baixos índices de força estão relacionados com a maior suscetibilidade de ocorrência de quedas e consequentes fraturas, facilitadas pela desmineralização óssea comum neste escalão etário.

A perda de *flexibilidade*, (Correia P. P., Espanha M., Barreiros J., 1999) não só reduz a quantidade e a natureza do movimento realizado por uma articulação, como pode ainda aumentar a probabilidade de lesão nessa articulação ou nos músculos envolventes. É sem dúvida uma capacidade física muito importante nesta faixa etária, na medida em que, ela é das principais responsáveis pela aptidão de realizar os

movimentos diários com maior ou menos facilidade, como por exemplo, apertar os sapatos, pentear o cabelo, alcançar um armário, entre outras. Podemos assim afirmar que, a flexibilidade traduz uma forte relação com a qualidade de vida e o bem-estar do idoso. Segundo *Pereira, B. (2004)* o *equilíbrio* está ligado à coordenação, e à medida que o indivíduo envelhece, a deambulação é progressivamente dificultada, surgindo uma variedade de tremores, perdas de equilíbrio e falta de coordenação, aumentando a vulnerabilidade para as quedas. De referir que estas constituem um dos principais problemas de morbilidade e mortalidade nos idosos

#### 1.4.2 - Envelhecimento Psicológico

Segundo (*Agostinho, 2004*), o desafio da última fase da vida consiste em saber negociar o declínio fisiológico inevitável, aliado à acumulação das perdas no percurso existencial, bem como valorizar a imagem de si, mantendo a capacidade de independência. Além das alterações no corpo, o envelhecimento trás ao ser humano uma série de mudanças psicológicas (*Zimmerman, 2000*). A *teoria psicanalítica* de Belsky 1990 in *Revista Portuguesa de Psicossomática 2004*, sustenta-se na ideia de que na velhice ocorrem “live events” stressantes, tais como, o adoecer, viuvez, entrar na reforma, etc... que se apresentam como testes do funcionamento psicológico, evidenciando a capacidade do ego de se adaptar. Nesta fase da vida, se as experiências que o indivíduo viveu na infância não foram boas, é provável que desenvolva mecanismos de defesa para enfrentar estes “live events” e, consequentemente, problemas psicológicos. A idade avançada é um tempo de stress extremo e, por isso mesmo, propicia a potenciais distúrbios psicológicos. Para *Irigaray, Schneider, (2007)* estes distúrbios podem afetar as dimensões da personalidade contribuindo para a boa ou má adaptação ao envelhecimento, influenciando a saúde e a longevidade na velhice. Embora as bases desta associação ainda sejam pouco conhecidas, há indícios da importância da personalidade no bem-estar subjetivo e no início de depressão em idosos. Os idosos com características de personalidade egocêntrica, menos interativos e pouco dominantes, apresentam menos sintomas de depressão em relação àqueles que são mais voltados e interessados no outro, mais respeitosos, organizados, persistentes e interativos. Para além da personalidade, também a atitude que o idoso irá ter para enfrentar os obstáculos, vão ser determinantes na capacidade de enfrentar as mudanças fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento (*Agostinho, 2004*). *Zimmerman, (2000)* refere que estas variáveis psicológicas terão grande importância no processo de adaptação, que irão influenciar a maneira de encarar a terceira idade.

Uma boa adaptação exprime-se pela presença no sujeito de sentimentos como a confiança, contentamento, sociabilidade, libertação das emoções, a auto estima e a atividade. É importante perceber que a boa adaptação do indivíduo depende, necessariamente, da boa adaptação daqueles que o rodeiam e que com ele interagem. Sendo assim, a pessoa adapta-se respondendo sempre às exigências da família e da sociedade (Agostinho, 2004). Também aqui as variáveis psicológicas estão presentes. Numa sociedade que valoriza de forma acentuada a juventude e a beleza física, o idoso é, desde logo, um corpo em decadência, que corresponde a algo que se rejeita, atemoriza, um estigma. Esta situação dificulta a aceitação do fenómeno do envelhecimento por parte do idoso. Desta forma, o estatuto e o papel do indivíduo na sociedade e os elementos psicológicos e sociais estão diretamente implicados na cultura a que se pertence. Se o indivíduo conseguir lidar com todas estas pressões a que está sujeito e souber adaptar-se às mudanças físicas psíquicas e sociais que vão ocorrendo ao longo da vida, o envelhecimento, aos poucos, irá tornar-se numa realidade (Zimerman, 2000). Existem determinadas circunstâncias da vida que podem focar a atenção nas alterações físicas ou agravar uma situação de doenças e declínio psicológico. Segundo as várias teorias explicativas para o envelhecimento as mudanças físicas levam o indivíduo a confrontar-se com uma nova imagem corporal. Esta nova imagem também poderá implicar distúrbios psicológicos, caso o idoso não saiba conviver com tal situação.

Agostinho, 2004 refere que com o passar dos anos, o indivíduo sente a fragilidade e o envelhecimento do corpo a que está habituado a observar.

Maximiano, (2008) na literatura recente aponta para o fato de que a construção da *imagem corporal* ser um importante fator do desenvolvimento do “self” (conhecimento sobre si próprio) e de saúde mental ao longo da vida. Este fator tem sido correlacionado com os conceitos de autoestima, autoconceito e sentimento de competência. A avaliação sobre como os indivíduos reagem às mudanças da forma, aparência e funcionamento corporal é fundamental para a compreensão da adaptação psicológica (Maximiano, 2008). Na velhice, para além destas mudanças, o sujeito confronta-se com problemas ao nível da saúde, com doenças e dificuldades físicas.

Para que as doenças e dificuldades físicas não provoquem um grande declínio na qualidade de vida do idoso, de forma a conseguir adaptar-se a estas mudanças, é fundamental que o sujeito desenvolva mecanismos de ajustamento psicológico.

### **1.4.3 - Envelhecimento Sensorial**

Os cinco sentidos são o veículo que o cérebro tem de entrar em contacto com o ambiente circundante e, correspondentemente qualquer declínio sensorial influencia diretamente o funcionamento da mente. Declínios percetivos relacionados com a idade privam o cérebro de uma experiência plena do mundo. Uma queixa frequente das pessoas mais velhas é a perda progressiva da visão e da audição. Doenças como as cataratas, glaucoma, degeneração macular e rinopatia diabética, não acontecem apenas na velhice, mas certamente são mais comuns neste período de vida.

A audição diminui gradualmente durante a vida adulta, de modo que, por volta dos 50 anos, muitas pessoas já têm problemas auditivos, para alguns esses problemas podem ser mais profundos e constituir uma séria deficiência. Nesta fase o canal auditivo envelhecido fica bloqueado com cera mais facilmente, causando uma perda auditiva que geralmente é de fácil tratamento. Os idosos com problemas auditivos normalmente estão bem conscientes disso e frequentemente acabam por submeter-se ao silêncio para não serem ridicularizados. Esse afastamento das interações sociais pode fazer com que a pessoa se deprima e se retraia ainda mais. Podemos então interpretar que a surdez ou os problemas auditivos podem estar ligados à perda de autoestima e ao isolamento social. Os sabores que o ser humano percebe, podem ser divididos em quatro sabores: amargo, azedo, salgado e doce. Os dados sobre a deteção de sabores complexos demonstram que os idosos apresentam um declínio acentuado na deteção de muitos alimentos do quotidiano e na deteção do sabor primário quando apresentado numa mistura de outros sabores. Embora possa haver um leve declínio, a deteção do sabor doce parece ser relativamente bem-preservada. O sentido associado ao olfato parece mudar relativamente pouco em pessoas idosas. A magnitude dos declínios deste sentido é discutível; e declínios estatisticamente significativos, muitas vezes foram relatados bem leves, mesmo em centenários. Adultos mais velhos apresentam limiares de tato mais elevados (isto é uma estimulação mais intensa da pele é necessária para ser detetada), e a sensibilidade à temperatura dos objetos também diminui. Há um aumento no limiar de dor das pessoas mais velhas: em outras palavras, elas suportam estímulos mais extremos sem percebê-los como dolorosos, o que se deve à redução no número de recetores sensoriais.

#### **1.4.4 - Envelhecimento cognitivo e comunicação**

Falar de envelhecimento e declínio intelectual é um processo muito complexo, pois, existe uma série de variáveis muito importantes que podem levar a essa relação. Dois tópicos muito importantes a focar na correlação destes dois fatores são a plasticidade individual e comportamental e a variabilidade inter-individual que é bastante heterogeneia. Na velhice, fica resguardado o potencial de desenvolvimento, dentro dos limites da plasticidade individual, a qual no desenvolvimento e no envelhecimento depende das condições histórico-culturais existentes durante um dado período, que se reflete na organização do curso de vida dos indivíduos. Já em relação á plasticidade comportamental, esta diminui com o envelhecimento, definida como a capacidade de mudar para se adaptar ao meio. De todas as alterações cognitivas como a inteligência, a atenção, a linguagem, a memória ou o raciocínio, a mais fácil de predizer é a diminuição da velocidade de processamento e da resposta. A progressiva lentidão da execução de componentes perceptuais e operações mentais podem afetar a atenção, a memória e a tomada de decisões. A capacidade de comunicar eficazmente através da linguagem mantém-se estável em toda a vida adulta, contudo as pessoas idosas tendem a ter maior dificuldade em compreender mensagens longas e complexas. Em relação á inteligência, com o passar da idade a inteligência pode ou não sofrer um decréscimo, diferindo da memória, cujo declínio é inevitável.

As evidências de défices na memória de trabalho dão suporte a esta ideia, pois a memória de trabalho exerce um papel importante no processamento da linguagem.

A preocupação com os idosos torna-se cada vez mais necessária, visto que a idade vem constituindo cada vez mais um fator de discriminação social. O envelhecimento interfere no relacionamento social do idoso devido a fatores psicofísicos e de natureza sociocultural desenvolvendo um processo de desvalorização e subestimação. A comunicação para o indivíduo idoso é fundamental para que continue a sentir-se socialmente e psicologicamente íntegro. De facto, competências individuais e sociais estão intimamente relacionadas às competências cognitivas e comunicativas.

O homem controla o mundo com a linguagem, a linguagem é o que nos diferencia de outras espécies, porque somos seres simbólicos. É com a linguagem que construímos a nossa identidade, o conhecimento acerca de nós próprios e dos outros, pois permite não só estabelecer contactos sociais, mas também seleccionar os que são significativos e garantir as experiências emocionais positivas.

A comunicação é essencial para a sobrevivência do homem, em especial para o idoso, para que mantenha as suas relações sociais, evitando assim a carência afetiva e

emocional. Comunicação funcional é a habilidade de receber e transmitir mensagens, de modo efetivo e independente de acordo com as exigências do contexto ambiental. As limitações que os idosos adquirem afetam a capacidade de compreensão e de comunicação. Muitas vezes, mesmo com essas limitações, estes são capazes de realizar as mesmas atividades que já realizavam quando jovens, só que com desempenhos físicos diferentes. A cognição abrange componentes como a memória, a comunicação, a linguagem falada e escrita, as habilidades motoras, a aprendizagem, a capacidade para resolver problemas e o raciocínio (Zimerman G. I. 2000). Estas capacidades cognitivas tendem a diminuir, quando o idoso deixa de as utilizar.

No caso da promoção e proteção da saúde, pode existir um incentivo ao desenvolvimento das suas potencialidades, como ler jornais, revistas, livros ou participando por exemplo em cursos ou debates. No caso dos idosos que tenham alguma patologia ou problemas de saúde relacionadas com o envelhecimento, existem ações de reabilitação da saúde, onde podem ser aplicados exercícios de estimulação, como por exemplo de memorização, ou de comunicação e relacionamento interpessoal através de reuniões familiares, devendo assim promover-se a satisfação em dialogar com as diversas pessoas, motivando-os assim a exercitar a comunicação como uma estratégia para a interação social e para a melhoria da qualidade de vida.

#### **1.4.5 - Envelhecimento emocional**

Jean-Paul Sartre (2007) (in PEREIRA, Eliane Regina e MAHEIRIE, Kátia 2011) definiu o papel das emoções nas pessoas, como “...as emoções transformam o mundo num mundo mágico usando o corpo como meio de encantamento”. Quer as emoções agradáveis ou desagradáveis, sentidas como experiências são vividas com o nosso próprio corpo, marcando a nossa memória. Assim a emoção é algo que tem a ver com a sensação, a percepção e a representação. Trata-se de um fator determinante do sentimento de bem-estar subjetivo e parece desempenhar um papel central na maioria dos desempenhos humanos. O envelhecimento, leva a uma exposição do idoso a fatores de risco, a perdas de papéis, de posição social, perdas afetivas e de riscos, que podem influenciar negativamente o seu bem-estar. Com a progressão da idade, as pessoas ficam mais expostas a acontecimentos tristes como morte do conjugue, dos entes queridos, perda dos amigos mais chegados, empobrecimento, problemas com a saúde, principalmente com questões que afetam os familiares e que o idoso não pode resolver. Se por um lado a experiência adquirida com tais fatos acarreta aborrecimentos e tristeza, por outro, os idosos podem contar com a força de sua experiência de vida e de sua personalidade

para enfrentá-los, pois essas condições não declinam com a idade. Com estas mudanças inerentes ao idoso existem um conjunto de transformações que o sujeito deve realizar em determinada fase, ou seja, existem idades específicas para realizar determinadas ações. Os papéis sociais vão-se alterando ao longo da vida. Estes fazem parte do envelhecimento social apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário. (Fonseca, 2005). Assim, continuam a existir as reciclagens e remodelações de papéis, pois os idosos passam a ser pais, avós, reformados, viúvos. Apesar de todas estas relações especificamente sociais, existem outras que se mantêm numa linha ténue com as relações afetivas, como é o caso das redes de suporte social, que se caracterizam principalmente por serem estruturas da vida social de um indivíduo (como pertencer a um grupo ou a existência de laços familiares). Estas redes de suporte apresentam um papel fundamental no processo de envelhecimento, pois revelam um efeito protetor, evitando ou amortecendo o stress associado a esta fase da vida (Paúl, C., Fonseca, AM, Martin, I. e Amado, J. 2005). A família, como rede de suporte social, revela uma grande importância no processo de envelhecimento, uma vez que a afetividade ocupa um lugar especial na vida de todos os seres humanos, sendo possível desenvolver e manter o equilíbrio afetivo entre o idoso e a família. A viuvez também é um marco para o aumento da solidão, é um momento trágico na vida do idoso onde se verifica uma rutura com a família e com a sociedade porque custa-lhes adaptarem-se a esse nova realidade, o estado emocional do viúvo/a fica emocionalmente abalado, uma vez que existe uma certa desilusão para com a vida, que se agrava ainda mais com a alteração gradual do grupo de amigos porque o idoso tende a afastar-se cada vez mais dos que o rodeiam, sendo a morte de companheiros, cada vez mais frequente. São vários os estudos que indicam que as emoções positivas ou negativas também provêm do estado de saúde e não só do desenvolvimento afetivo e da inteligibilidade. A inteligência depende da vida da infância, quando se vai estruturando a pessoa, importa valorizar o afeto. Desenvolver a autoestima e aprender a lidar com as próprias emoções (destreza emocional), contribui para uma melhor qualidade de vida. Para Arce, 1999 o êxito da velhice consiste em viver essa última etapa da vida, como um período de crescimento.

#### **1.4.6 - Envelhecimento social**

É muito importante estudar o aspeto social do envelhecimento, de modo a que se possa intervir nesse âmbito, para prevenir posteriores problemas. A senescência é um processo biológico que traz consigo modificações fisiológicas. Não é apenas um processo social e os idosos, que são por vezes agentes de mudança, são também com frequência vítimas

de todas as mudanças sociais. O isolamento, a miséria, a inatividade e a desvalorização podem ser fatores de stress importantes que comprometem o equilíbrio físico e psíquico do idoso. O envelhecimento não resulta somente de aspetos biológicos, resulta também através das condições políticas, económicas, históricas e culturais da sociedade. Os idosos bem integrados no meio, são capazes de adotar uma atitude psicossocial positiva, isto é, reconhecer que fizeram bem aquilo que tinham a fazer e de encarar com serenidade a proximidade do fim.

Existem algumas teorias sociais que explicam o processo de envelhecimento, de entre as quais a *Teoria do Descomprometimento* de Cumming e Henry a *Teoria da Atividade* de Havighurst e Albrecht e o *Modelo Social do Envelhecimento* de Mishara e Riedel (Silva, K. 2008). A *Teoria do Descomprometimento* diz-nos que o envelhecimento bem sucedido consiste num afastamento progressivo da vida social, com o acordo da sociedade, e numa preparação para o descomprometimento final. Ao descomprometer-se, o idoso vai dar mais importância a si mesmo e implica-se menos afetivamente com os outros.

A *Teoria da Atividade* diz-nos que o idoso quanto mais ativo é, mais feliz é. O idoso terá que encontrar novos papéis, ou arranjar forma de manter papéis parecidos aos que tinha anteriormente. Os idosos com um nível elevado de atividade têm moral muito superior, mas a inversa não é necessariamente verdadeira. Estas duas teorias parecem ser opostas, mas elas na verdade complementam-se, existe um tempo para a atividade e um tempo para o descomprometimento. O *Modelo Social do Envelhecimento* descreve as etapas da vida, as crises que lhe estão ligadas, bem como as tarefas a desempenhar e os tipos de relações familiares que caracterizam cada uma destas etapas. Quando começa a existir desintegração da vida familiar, o idoso tem, normalmente, uma família que o ajude na medida do possível. Nestes últimos anos este apoio familiar ao idoso tem vindo a decrescer, já que a responsabilidade filial está a tornar-se mais difícil de assumir.

### QUADRO 1 - Modelo Social do Envelhecimento

In: Mishara et Riedel, Le vieillissement, Paris, Presses universitaires de France. 1984, p. 68

Etapas	Idade	Crise	Tarefas	Relações familiares
<b>Início da Velhice</b>	65 70	- Reforma	- Diminuição dos rendimentos - Desenvolvimento da capacidade de ocupar o tempo livre e de se adaptar a novos papéis.	Aumento das interações num estado relativamente desprovido de papéis
<b>Meio da Velhice</b>	70 74	- Simbiose - Viuvez	- Perda de capacidades e desenvolvimento de mecanismos de adaptação - Perda do cônjuge	Rutura da díade fundamental
<b>Fim da Velhice</b>	75 ...	- Invalidez - Internamento em instituição	- Perda da independência - Internamento em instituição	- Separação e isolamento crescentes



A melhoria na qualidade de vida dos idosos não depende apenas da melhoria ao nível de assistência médica e psicológica, mas também das transformações sociais e económicas. Há ainda um excesso de preconceitos que influenciam os sentimentos dos idosos perante si próprios e a maneira como a sociedade lida com eles. Numa sociedade em que o quadro social se centra principalmente na produtividade e não nos valores humanos, torna-se quase impossível envelhecer bem.

É igualmente importante abordar o modo como a sociedade olha para os idosos, e existe sobretudo uma representação social gerontofóbica. Socialmente, e no caso dos idosos, a valorização dos estereótipos projeta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e contribui para a imagem que estes têm de si próprios, bem como das condições e circunstâncias que envolvem a velhice, pela perturbação que causam uma vez que negam o processo de desenvolvimento. Estas atitudes negativas face aos idosos existem em todos os níveis sociais: intervenientes, beneficiários, governantes, entre outros.

## CAPÍTULO 2 – QUALIDADE DE VIDA

### 2.1- Envelhecimento e qualidade de vida

Na década de 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu o conceito de Qualidade de Vida como sendo *“a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*. (WHOQOL Group, 1994 cit. por Paúl, Fonseca, Martín e Amado) Segundo o modelo da OMS, a qualidade de vida integra as dimensões física, psicológica, social e ambiental, introduzindo variáveis diversificadas (Paúl, Fonseca, Martín e Amado, 2005). Pais-Ribeiro (2009) vai ao encontro do modelo acima referido, quando diz que a Qualidade de Vida possui várias propriedades, sendo assim multifatorial, além disso é uma variável baseada na percepção pessoal que varia com o tempo e é subjetiva. Portanto, para o estudo da mesma deve-se considerar as várias dimensões implicadas. A OMS encara hoje como desafio proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos, o que passa por mantê-los ativos, preenchendo a sua necessidade existencial/sentido para a vida (Oliveira, 2005 cit. por Barroso e Tapadinhas, 2006). O fato da população estar a envelhecer não é uma novidade, nem algo que se possa ocultar. O que é de sublinhar são as alterações na qualidade de vida.” Cit (Ascensão, M.C.A, 2011). É do conhecimento geral que com o passar dos anos biológicos e cronológicos o organismo sofre uma série de transformações fisiológicas que se consideram “normais”, paralelamente ao surgimento de uma série de patologias que irrompem quando se chega à velhice; assim velhice não implica estar doente. Envelhecimento não é uma doença, mas um processo natural no quadro da evolução do ser humano. O envelhecimento deve ser entendido enquanto redução da capacidade de reserva associado à deterioração dos mecanismos de controlo que regulam a atividade funcional em e entre as diferentes células, tecidos e órgãos, mais do que simples diminuição de função de um ou mais órgãos, como acontece no processo de regulação da temperatura corporal por exemplo. No entanto, apesar de todas estas características inerentes ao envelhecimento, a principal característica do envelhecimento humano é a sua variabilidade. A funcionalidade dos diferentes órgãos diminui com a idade, no entanto esta diminuição não se produz com a mesma intensidade em indivíduos da mesma idade. Esta variação entre pessoas deve-se em parte a diferenças genéticas, sem que os detalhes e o padrão de transmissão estejam estabelecidos.

Nos idosos as doenças que surgem por norma enveredam pelo caminho da cronicidade. Como fator diferenciador dos anteriores períodos de vida, costumam produzir certo

grau de incapacidade física e ou mental, o que vai levar a uma grave perda da qualidade de vida e a um grau de dependência que vai gerar uma problemática social, familiar e económica, consequência direta da doença, o que em alguns casos se traduz à institucionalização do indivíduo. Antes de acrescentarmos qualquer ponto sobre o desenvolvimento da velhice e qualidade de vida temos de focar um conceito importante para a compreensão da mesma: a *idade*. Os diferentes significados do conceito de idade podem-nos permitir situar melhor a interpretação das etapas de desenvolvimento posteriores à adolescência e à juventude.

Parece-nos premente definir os conceitos de idade cronológica, biológica e psicológica. Assim, *idade cronológica*, que se refere ao número de anos que transcorrem desde o nascimento de uma pessoa; a *idade biológica*, que é uma estimativa do lugar em que uma pessoa se encontra em relação ao seu potencial de vida; a *idade psicológica*, que está relacionada com a capacidade de adaptação de uma pessoa. Quando falamos em desenvolvimento, temos de ter em conta dois princípios essenciais, o princípio da multilinearidade, onde o desenvolvimento psicológico é multilinear, não existindo um período privilegiado de maturidade. Com o passar dos anos há capacidades que se desenvolvem e outras que declinam, ocorrendo sucessão de ganhos e perdas ao longo de toda a vida e em diversos contextos (família, local de trabalho, etc.), de uma forma dinâmica e não estandardizada. E o princípio do multideterminismo, em que o desenvolvimento psicológico é determinado pela ação conjunta e interativa de fatores ligados à idade (mudanças biológicas que se produzem no organismo no decorrer dos anos), à história (mudanças de cariz social, económico e político que alteram as condições concretas de vida das pessoas), e a “acontecimentos de vida” (variáveis de pessoa para pessoa, quer na sua ocorrência quer quanto ao momento em que ocorrem, como sejam o casamento, a morte de um filho ou a entrada na reforma). (Vandenplas-Holper, 1998). Estamos perante um visão do desenvolvimento humano que tem como fio condutor o reconhecimento de que o desenvolvimento continua para lá da infância e da adolescência e que, à medida que as pessoas se deslocam ao longo da vida, vão experimentando continuamente processos de mudança, de transição e de adaptação.

Estes processos resultam na emergência de novos comportamentos, de novas relações e de novas perceções de si mesmo e da realidade, surgindo a existência de uma determinada plasticidade no funcionamento e no desenvolvimento humanos, possibilitando-os e promovendo-os ao mesmo tempo independentemente da idade cronológica. Apesar de se reconhecer que muitas das mudanças verificadas na velhice são marcadas por declínios na força e na frequência de respostas comportamentais, o desenvolvimento no decurso da segunda metade da vida também é marcado por

progresso, aperfeiçoamento, acumulação e integração de conhecimentos do mundo, por uma compreensão mais aprofundada dos outros e pelo aumento de oportunidades de relacionamento interpessoal. O potencial para a mudança desenvolvimental está presente ao longo de toda a vida e o curso da vida humana é potencialmente multidirecional e necessariamente multidimensional (Faria, J.M. 2002). As tarefas desenvolvimentais específicas de cada período da vida têm também um papel fundamental na criação de oportunidades de desenvolvimento. É através destas mudanças e inúmeras adaptações que se considera a existência de ganhos e perdas desenvolvimentais. O objetivo específico para o desenvolvimento não pode ser outro que não seja uma adaptação bem sucedida entre o organismo e o ambiente, a qual deve ter em conta o facto do processo de desenvolvimento não ser apenas um movimento de obtenção de maior eficácia funcional ao longo da vida, consistindo antes numa ocorrência conjunta de «ganhos» (que traduzem crescimento) e de «perdas» (que traduzem declínio) na capacidade adaptativa (Faria, J.M. 2002). A relação entre ganhos e perdas também não significa que, ao longo da vida estes existam em forças iguais na capacidade adaptativa. Pelo contrário, à medida que os anos avançam, acentuam-se as perdas face aos ganhos, podendo o indivíduo compensar as perdas resultantes das limitações do organismo, recorrendo à cultura ou através de um «arranjo» do ambiente que lhe permita atenuar ou mesmo tornar insignificantes essas perdas. Isto significa que por vezes, com o avanço da idade, a melhor forma de obter ganhos será mesmo através da redução das perdas (Paúl, Constança 2005). Para compreendermos melhor esta relação, podemos então definir estes dois conceitos, “Por ganhos, entendemos a aquisição de novas estruturas ou funções, melhorias na eficiência do funcionamento de estruturas ou funções antigas, ou aplicações inovadoras de estruturas, ou funções já existentes a tarefas ou domínios novos. Por perdas, entendemos tanto a remoção ou aparecimento de estruturas ou funções existentes, como declínios na eficiência do funcionamento de estruturas ou funções antigas” (Sardinha, Maria Leonor 2008). A interação dinâmica entre ganhos e perdas deu origem a um modelo geral de interpretação dos processos adaptativos do desenvolvimento, o modelo SOC (Seleção-Otimização-Compensação) que apresenta três características, cada uma delas, indicativa de uma relação ganho-perda:

- a) Evolução contínua de formas especializadas de adaptação como um traço geral no desenvolvimento ao longo do ciclo de vida;
- b) Adaptação às condições de envelhecimento biológico e social perante as limitações crescentes de plasticidade;

c) Esforços seletivos e compensatórios individuais para lidarem com os défices e controlar de modo eficaz o envelhecimento” (Baltes, 1987). Assim podemos definir seleção como o processo pelo qual as pessoas idosas selecionam objetivos e resultados desejáveis, ou seja, atendendo às inevitáveis perdas e restrições impostas pelo envelhecimento, escolhem e focalizam a sua atenção e os seus recursos em experiências e domínios prioritários de ação suscetíveis de conferirem satisfação e sentido de controlo pessoal. A otimização refere-se aos meios pelos quais a pessoa leva por diante as suas decisões de envolvimento em ações que permitam alcançar os objetivos desejados, enriquecendo e maximizando os percursos de vida selecionados. A compensação envolve o uso de recursos internos e externos que auxiliem o indivíduo a atingir os seus objetivos. A crise é um dos conceitos que mais surge ligado à noção de envelhecimento. Uma crise corresponde a uma situação que é tão nova que as respostas habituais são insuficientes, levando a uma estado tal de turbulência que obriga a pessoa a encontrar uma resolução. Dado que uma pessoa não pode permanecer num estado permanentes de desequilíbrio, uma crise é necessariamente limitada no tempo. Alguma solução tem de ser encontrada, mesmo que seja temporária. O balanço alcançado pode corresponder a uma adaptação saudável capaz de promover o crescimento pessoal, ou a uma resposta não adaptativa que esconde ou origina problemas psicológicos.

O sucesso ou fracasso da adaptação à nova situação vão depender bastante e estão fortemente correlacionados com a semelhança ou diferença entre os ambientes antes e depois da transição, especialmente em termos de rede de relações interpessoais e do sistema de suporte social. Se o idoso conseguir ultrapassar todas as mudanças, transições e adaptações, podemos estar perante um «envelhecimento bem-sucedido» - mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice e a procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do meio. De facto, acontecimentos incontroláveis e irreversíveis de pendor negativo acumulam-se na fase final da vida, recursos adaptativos em muitas áreas do funcionamento mental e físico tendem a declinar, e com o estreitamento das perspetivas de futuro torna-se cada vez mais difícil para a pessoa idosa retirar sentido e encontrara significado na definição de objetivos voltados para o futuro. Apesar de haver uma margem bastante larga de variabilidade individual, os processos de envelhecimento estão geralmente associados a expectativas de um balanço cada vez mais desfavorável entre ganhos e perdas desenvolvimentais (Paúl, Constança 2005). Desta forma podemos concluir que o sucesso não acontece por acaso, é preciso desejá-lo, planeá-lo, fazer esforço para o alcançar, havendo um conjunto de fatores que são críticos para se poder falar em envelhecimento bem-sucedido e com qualidade de vida, alguns deles relativos à própria velhice e

outros que decorrem do modo como são vividos os períodos anteriores do ciclo de vida, em especial durante a meia-idade. Não podemos ignorar também a envolvimento de fatores históricos e contextuais neste processo. O envelhecimento bem-sucedido não deve corresponder a uma tentativa de «imitação da juventude», adquirindo antes uma especificidade que lhe seja própria e que não necessita de pedir emprestadas configurações que habitualmente andam associadas ao sucesso noutras fases da vida. Por um lado trata-se de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na velhice, através de uma procura individual de resultados e objetivos específicos para o indivíduo, mesmo quando já é notório um declínio de possibilidades e de oportunidades. Por outro lado, o envelhecimento com qualidade de vida pode ser atingido mediante a escolha de determinados estilos de vida, que satisfaçam o objetivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos instantes de existência. Em ambas as faces deste processo está inerente a ideia de que não existe só um caminho para o envelhecimento com qualidade de vida, pois existem importantes fatores que influenciam o ato de envelhecer, tais como, a personalidade, o contexto sociocultural ou as relações familiares. Alguns autores sugerem que fatores como, atitude mental positiva, a exposição do self a constantes desafios, a estimulação cognitiva, a realização emocional e a preservação dos hábitos de vida saudáveis cultivados ao longo da vida adulta, são os essenciais para um envelhecimento bem-sucedido e com qualidade de vida, salientando que este pode ocorrer mesmo em ambientes mais disfuncionais. Por outro lado sabe-se que fatores psicossociais como a satisfação de vida, bem-estar psicológico, suporte social percebido e envolvimento na vida da comunidade, saúde física, capacidades funcionais e estilo de vida, condições biofísicas (como força e resistência) e condições sociais (como educação e pertença a redes sociais), podem ser fundamentais para o sucesso na velhice e para a qualidade de vida do homem quando chegado a “velho”. O processo de envelhecimento não é só determinado pela genética, o estilo de vida e o ambiente são bastante importantes. A prática de exercício adequado, o não fumar e uma vida razoavelmente ativa e participativa são necessárias para prevenir dependência, prolongar uma boa forma física, o bem estar e as capacidades mentais. As relações sociais têm impacto na saúde pois reduzem o isolamento e fomentam a integração social o que acaba por adiar a morbilidade e a mortalidade na fase mais tardia da vida.

## 2.2– Emoções coping e bem-estar

A entrada na terceira idade de acordo com a investigação é uma fase complexa e rica, aumentando a proeminência da emoção no que concerne aos conhecimentos e às capacidades mais neutras. *“Velhice é uma fonte de emoções, experiências e vida. Muitas vezes se levantam acerca do número elevado de idosos em Portugal. Mas, o aumento da longevidade e do envelhecimento dos portugueses é uma realidade. O importante, neste processo, é ter qualidade de vida e encarar o envelhecimento como um mar de oportunidades”* (Constança, P. 2012). As pessoas idosas saudáveis mentalmente têm melhor controlo das emoções do que os adultos mais jovens, perante dilemas com cargas emocionais raciocinam com maior flexibilidade e recordam melhor a informação com carga emocional do que fatores neutros. Não utilizam o confronto como forma de lidar com a emoção. Lidam com a emoção de forma mais passiva, menos interpessoal e mais individual, ocorrendo um maior controlo de sentimentos angustiantes do que alterações em situações stressantes. Ao contrário dos adultos jovens, os idosos lidam com as situações orientados pela emoção, distanciando-se do problema, aceitando a responsabilidade, reapreciando o problema de forma positiva. O locus de controlo é outra dimensão que afeta a resposta a situações de stress. Estudos de doenças crónicas, como é o exemplo da doença mental mostram que a sensação de bem-estar aumenta quando os indivíduos têm maior oportunidade de regular o seu próprio ambiente (Irigaray T. Q., Schneider. H., 2007). O modelo influente do desenvolvimento adulto recente relaciona a resiliência na idade avançada com um processo de otimização seletiva, no qual os objetivos são reformulados para se adaptarem às limitações ambientais do momento, poupando-se assim para atividades pessoais que são para si importantes e que reforçam a sua autoestima (Baltes, 1997). As pessoas idosas com maior sentido de eficácia pessoal são flexíveis na definição de objetivos prioritários e na acomodação a mudanças de papéis e limitações de recursos. Verifica-se que os idosos que têm vários autodomínios sob os quais sentem elevada auto-estima, estão mais aptos a lidar com situações de transição impostas pela perda de papéis ou pelo surgimento da doença (Irigaray T. Q., Schneider. H., 2007). Os nossos traços nucleares de personalidade mantêm-se estáveis ao longo da vida adulta. A mudança do comportamento social ou de humor pode indicar uma perturbação. Os indivíduos que têm vários autodomínios relativamente aos quais têm uma autoestima elevada, estão mais aptos a lidar com as transições que são impostas pela perda de papéis ou pela doença / falta de saúde. Com a entrada na terceira idade surgem mudança de papéis e muitas vezes a perda desses mesmos papéis.

## CAPÍTULO 3 – REFORMA

### 3.1 – Lei de Bases da Segurança Social em Portugal

A idade de reforma em Portugal é de *65 anos de idade*, em ambos os sexos, para os trabalhadores do *sector privado*. Em 2012 os *funcionários do sector público* podem reformar-se aos *63,5 anos de idade*. O Governo propôs em *outubro de 2012* que a idade da reforma passasse para os *65 anos de idade* já a partir de 2013. In [www.online24.pt/idade-da-reforma-em-portugal](http://www.online24.pt/idade-da-reforma-em-portugal). A *pensão de velhice* - ou reforma - é o *valor pago mensalmente* aos beneficiários do regime geral de *Segurança Social* que atingem a *idade estipulada por lei* (exceto se existirem medidas de antecipação da reforma previstas na lei) e que tenham *cumprido o prazo de garantia* mínimo para tal. Por lei, a idade prevista para se começar a receber a *pensão de velhice* é *65 anos* e o *prazo mínimo de garantia* a cumprir são *15 anos*, civis ou interpolados, com *registo de remunerações*. in [www.online24.pt/pensao-de-velhice](http://www.online24.pt/pensao-de-velhice). A *reforma por invalidez* é um apoio financeiro mensal, destinado a proteger os beneficiários em situações de incapacidade permanente para o trabalho, que é avaliada segundo o estado físico e mental da pessoa, a sua idade, e capacidade de trabalho ainda apresentada. Consoante o nível de incapacidade do beneficiário, a invalidez pode ser considerada *relativa ou absoluta*. É atribuída uma *reforma por invalidez relativa* quando o beneficiário apresenta uma incapacidade permanente para o trabalho em que devido à incapacidade, não pode ganhar na sua atual profissão mais de um terço do ordenado que normalmente receberia ou se não se prevê que recupere, no prazo de três anos, a capacidade de obter mais de 50% da respetiva remuneração. *Têm direito à reforma de invalidez relativa*, os trabalhadores por conta de outrem, os trabalhadores independentes (a recibos verdes) e ou os membros de Órgãos Estatutários de pessoas coletivas (diretores, gerentes e administradores). A *Reforma por invalidez absoluta* é atribuída em situações de incapacidade permanente dos beneficiários para todo e qualquer trabalho em que os indivíduos não tenham capacidade para desempenhar qualquer profissão ou não preveja que recuperem até aos 65 anos, a capacidade de trabalhar. Têm direito à *pensão de invalidez absoluta* os trabalhadores por conta de outrem, trabalhadores independentes (a recibos verdes), membros de Órgãos Estatutários de pessoas coletivas (diretores, gerentes e administradores) e beneficiários do Seguro Social Voluntário. O *direito à pensão de invalidez* é reconhecido ao beneficiário que apresente incapacidade permanente para o trabalho, de causa não profissional, certificada pelo Sistema de Verificação de Incapacidades (SVI), tenha cumprido o respetivo prazo de garantia.



5 anos civis (seguidos ou não) com registo de remunerações para a Segurança Social ou outro sistema de proteção social - invalidez relativa

3 anos civis (seguidos ou não) com registo de remunerações para a Segurança Social ou outro sistema de proteção social - invalidez absoluta

72 meses com registo de remunerações, no caso de beneficiário abrangido pelo seguro social voluntário. In: [www.online24.pt/reforma-por-invalidez](http://www.online24.pt/reforma-por-invalidez).

### 3.2- Passagem à Reforma

Mais do que um evento ou do que uma mera aquisição de um estatuto, a “entrada na reforma”, reporta-se a um período de transição no qual ocorrem variadíssimos fenómenos de mudança, que fazem deste acontecimento de via uma experiência específica e única ao longo do ciclo de vida humano. Fundamentado num paradigma ecológico do desenvolvimento humano, este processo contemplará os indivíduos protagonistas desta vivência, em todos os sistemas envolvidos na mesma (Ex.: família, amigos, comunidade) e, por último, o contexto espaço-temporal no qual o referido processo se desenvolve.

*“A chegada à idade da reforma, não é entendida por todos da mesma maneira; no entanto ela marca o final daquela que por norma se designa por “vida ativa”. Para muitos “desejada” por construir uma oportunidade quase que única para a libertação da pressão, da responsabilidade, da falta de tempo e de muitos outros constrangimentos que normalmente são atribuídos à atividade laboral, mas “temida” por outros, que fizeram da sua vida profissional, fonte de prazer, investimento pessoal e/ou social. O sucesso do confronto com este marco da vida, vai depender de inúmeros fatores, podendo repercutir-se em diferentes dimensões da vida dos indivíduos”, cit (Loureiro, H. 2011).* No entanto, é sabido, que o limite de idade não constitui condição necessária para a aposentação. A área profissional de exercício, o número de anos de trabalho, o estado de saúde, a rescisão de contrato laboral, os fatores de natureza pessoal e/ ou alguns condicionalismos, tais como a prestação de cuidados e assistência a familiares, o fato do cônjuge já estar reformado, etc.), poderão estar também na base da prematuridade cronológica do assumir deste estatuto. Entre os anteriores, a alteração do estado de saúde constitui um dos motivos mais apontados para que esta antecipação ocorra (Rogers, 1997). Seja qual for o motivo que esteja na origem da aposentação e

independentemente de ser ou não desejada, a maioria dos indivíduos sente que este acontecimento interfere com as suas vidas, sentido dificuldades adaptativas a este processo (Fonseca, 2004; Rosenkoetter, 1998). Qual a razão pela qual a entrada na “Reforma” confere tanta ambiguidade de sentimentos aos indivíduos que atingem este marco na sua vida?

De uma forma muito abstrata, a reforma pode ser compreendida em três perspetivas maior que se complementam entre si: como um evento, um status e um processo.

- a) Evento, quando associada à descrição de um determinado acontecimento que marca uma etapa do ciclo vital, a partir do qual as vivências dos indivíduos se manifestam de forma inevitavelmente diferente;
- b) Status, por envolver um conjunto de sentimentos que originam uma certa instabilidade nos indivíduos, uma vez que se por um lado lhe conferem algumas vantagens (ex: o fato de se ter direito a usufruir de uma pensão, regalias sociais), por outro, leva a uma mudança na vida dos indivíduos, pode fazer surgir alguns sentimentos de ambivalência (ex.: liberta-se das obrigações sociais, mas perde o poder e o controlo social);
- c) Processo, por construir um “... acontecimento de vida que implica a ocorrência de fenómenos de transição-adaptação, que se refletem em termos desenvolvimentais” (Fonseca, 2004: 361).

Numa tentativa de ajudar a compreender este fenómeno, (Calasanti, T. 1996) apresentou dois modelos explicativos para este tipo de transição:

- O modelo da crise – defende a importância que o papel profissional assume na vida do indivíduo sendo que, a sua perda aquando da entrada na reforma, traduz-se por uma situação de crise à qual o indivíduo se deverá munir de estratégias para a ultrapassar de forma bem sucedida;
- O modelo de continuidade – defende que a identidade pessoal permanece estável independentemente dos acontecimentos de vida que possam ocorrer, tal como a entrada na reforma, podendo esses acontecimentos ser mediadores de oportunidades de desenvolvimento que até então ainda não tinham surgido.

Chegada a entrada na reforma, o indivíduo passa por diversas fases neste processo de transição. Segundo (Atchley, R.1996), ainda que não haja um *timing* para a sua ocorrência, todas as pessoas que “entram na reforma” passam frequentemente pelas seguintes fases:

- *Pré-reforma*, o indivíduo perspetiva o futuro e começa a fazer a sua despedida do mundo do trabalho e durante a qual, dependendo do tempo e das expetativas individuais, se realiza um processo de preparação para esta transição;
- *Lua-de-mel*, o indivíduo tenta colocar em prática todas as expetativas positivas e projetos futuros que havia interiorizado durante a sua fase laboral (ex.: passar a ter mais tempo para fazer exercício físico, conviver com os amigos, viajar etc.);
- *Desencanto*, o indivíduo não consegue por todos os seus projetos em prática apesar de ter tempo para tal, o que por vezes leva a estados de impotência e depressão;
- *Definição de estratégias de coping*, o indivíduo procura estratégias para fazer face à insatisfação que apresenta relativamente ao tipo de horário que ele próprio estipulou para as suas rotinas diárias;
- *Estabilidade*, o indivíduo encontra um certo equilíbrio na sua vida, após a adoção de estratégias adaptativas à nova fase da vida em que se encontra.

Segundo (Atchley, R. 1996), quando a fase de estabilidade não é conseguida, o indivíduo poderá entrar em dois processos distintos: o de dependência, no qual se verifica a passagem de um estado de autonomia para um que requer o apoio dos sistemas envolventes (ex.: dependência financeira) e o de retorno, no qual o indivíduo procura retomar o tipo de vida que detinha anteriormente por se encontrar inconformado com a mudança atual (ex.: reingressar ao mundo do trabalho). Mas independentemente do trajeto de transição que o indivíduo desenvolva, “*parece consensual, (...), que se trata de uma ocorrência que comporta ganhos e perdas e cujo resultado final em termos adaptativos dependerá muito quer de fatores eminentemente individuais (história de vida, saúde, estilo de vida, padrão de ocupação do tempo extra-profissional, etc) quer, da relação do indivíduo com os contextos envolventes (relações de convivência, família, inserção social, etc)*” (Fonseca, 2004:376). Ao longo dos tempos a perspetiva sobre o envelhecimento sofreu muitas alterações: de um ancião sábio cuja experiência era tida em conta, a um velho frágil, improdutivo e dependente. Devido a esta perspetiva, a sociedade atual levou a cabo novas políticas sociais criando um sistema de segurança social, para apoiar o crescente número de reformados e como tal novas estruturas de acolhimento. Contudo este grupo não pode e não deve ser visto como homogéneo, já que cada indivíduo tem uma perceção e reação distintas face ao seu processo de envelhecimento e as intervenções criam ambientes de apoio que podem

promover opções saudáveis e importantes em todos os estágios da vida (OMS, 2004-2010). Segundo uma perspetiva de ciclo de vida, o desenvolvimento na vida adulta e velhice prende-se com um progressivo aumento das diferenças inter-individuais nas várias dimensões do funcionamento humano, incluindo a saúde (Aldwin, Spiro, Levenson, & Cupertino, 2001, cit. por Paúl & Fonseca, 2004). Se uns indivíduos só manifestam variações de saúde mais tarde, outros manifestam logo na meia-idade algumas alterações com implicações no seu bem estar físico e psicológico. São diversas as razões que podem explicar a origem destas “oscilações”, para além dos efeitos biológicos inerentes ao natural processo de envelhecimento aspetos como a personalidade, estilos de vida e ação do contexto são dimensões que interferem na saúde de cada indivíduo, o que acaba por determinar as suas trajetórias de saúde. Uma boa saúde é essencial para que as pessoas idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias e comunidades (DGS, 2004). Não há dúvida que a saúde tem uma dimensão bastante importante para os reformados, independentemente da sua classe social, cultura ou poder económico, ganhando um papel cada vez mais importante à medida que a idade avança. Segundo Ekerdt 1987, cit. por (Paúl & Fonseca, 2004) existe uma tendência para considerar a passagem à reforma como um acontecimento que pode provocar um impacto negativo na saúde dos indivíduos, já que existe uma tendência cultural que encara o trabalho como sinónimo de saúde e que acaba por alimentar uma série de expectativas negativas relacionadas com esta transição para a “inatividade”, o que por si só acaba por gerar um mal estar físico e psicológico. Contudo, atualmente os idosos podem fornecer outro tipo de suporte aos seus filhos, como ajuda instrumental, financeira e emocional, sendo a prestação de cuidados aos netos percecionada como uma extensão das suas tarefas (Martin et al, 2006). Atualmente também começa a surgir outro protótipo de pessoa idosa, cada vez mais consolidado, que remete para uma população mais saudável, bem integrada social e familiarmente e com um bom nível cultural e intelectual, sendo muitas vezes a responsável pelo equilíbrio do orçamento familiar. Não se consegue estabelecer uma correlação direta entre “passagem à reforma” e empobrecimento de saúde, pelo menos nos anos seguintes a esta transição (Paúl & Fonseca, 2004). Prova disso, segundo os autores são alguns estudos como o “The Kaiser Permanent Retirement Study” realizado nos E.U.A. por Midanick e col, 1995, cujos autores concluíram e sublinharam a importância de se avaliar não só os potenciais aspetos negativos mas, antes, os aspetos positivos associados à reforma, procurando compreender em que medida esses

benefícios persistem ao longo do tempo. Cada vez mais as pessoas idosas fazem opções informadas acerca dos seus estilos de vida. Através de uma perspetiva de empowerment é possível capacitar os indivíduos de modo a que estes sintam e que detenham controlo nas suas vidas e que possam divertir-se e manter a saúde. Contudo, é importante salientar que as conotações de saúde positiva e as abordagens positivas da saúde não são iguais para todos, elas variam entre homens e mulheres e entre pessoas de diferentes idades (Squire, 2005). A reforma pode ser considerada um fator que pode provocar a solidão, apesar de ser uma fase normal da trajetória de vida, implica um corte com as relações sociais e profissionais. No entanto para muitos idosos esta também pode ser uma fase positiva da vida porque vão ter tempo e oportunidades para fazerem coisas que antes não lhes era possível fazer; no entanto, quando atingem a idade da reforma ainda têm tarefas para fazer como cuidar da casa e as tarefas diárias. Os idosos têm a expectativa de se sentirem melhor quando os seus recursos estáveis, tais como a personalidade ou capacidades, estão em concordância com os desafios do dia-a-dia. Por isso são numerosos os idosos que chegam à idade da reforma ainda como pessoas ativas, lúcidas, com iniciativa própria e planos de trabalho, não sentindo muitos deles as suas capacidades diminuídas ao chegar à velhice. Contudo a sociedade faz com que estes diminuam a autoestima e menosprezem as capacidades destes idosos. Para Harter, S. 1999 a autoestima consiste em saber-se capaz, sentir-se útil, considerar-se digno. Portanto, não pode haver autoestima se a pessoa percebe que os demais prescindem dela.

### 3.3 – Fatores protetores e fatores de risco

Entende-se por fator (es) protetor (es) um atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que inibe, reduz ou atenua uma probabilidade. Os efeitos dos fatores protetores devem-se a combinações de vários fatores protetores e não de um fator protetor específico, daí resulta uma maior ou menor capacidade do indivíduo para uma adaptação bem sucedida, funcionamento positivo ou competências na presença de uma situação de adversidade, ou ainda, a capacidade de recuperação na sequência de uma experiência traumática prolongada (Soares, 2000 cit. por Moreira. P., 2004). Em geral com a entrada na terceira idade esperam-se transformações e adaptações nos papéis ocupacionais, familiares e comunitários.

Quando aposentadas/ reformadas, as pessoas referem a falta de dinheiro e de oportunidades de contato social que o trabalho diário proporcionava. Quando a reforma é previsível ou auto imposta, sendo os rendimentos adequados, os idosos

adotam novas rotinas e atividades que substituem o trabalho. Em 1995, Midanik e col em estudos realizados verificaram que os problemas de saúde (físicos ou mentais) em geral não aumentam nas semanas ou meses que se seguem à reforma. Verificaram ainda que os idosos reformados apresentam níveis de stress inferiores e maior entrega a comportamentos mais saudáveis que os idosos da mesma idade que continuam a trabalhar. A disponibilidade de relações conjugais na terceira idade é nitidamente diferente nas mulheres e nos homens. Muitas mulheres idosas vivem sozinhas nos seus últimos anos, por falecimento do cônjuge. O luto promove frequentemente um aumento de sintomas depressivos e o declínio dos afetos positivos. Os homens e mulheres com reduzido número de amigos, por norma têm mais dificuldade em se adaptar à viuvez. Relativamente aos mais novos, os idosos tendem a ter redes sociais mais pequenas e menor frequência nos contactos, interpessoais, mantendo-se ativos neste palco mais reduzido. As pessoas idosas estão mais dependentes dos familiares e dos velhos amigos para assuntos confidenciais. Estão ativamente mais envolvidas com os irmãos, ou seja, à medida que os indivíduos se consciencializam que estão a envelhecer, as relações com os irmãos aumentam. A existência de confiança e de intimidade na 3ª idade assumem um papel fundamental para o bem-estar da pessoa e para a sua saúde mental na terceira idade. Sempre que existe, o cônjuge assume o papel principal na lista de confidentes, seguindo-se os filhos, irmãos e amigos. O envolvimento social e a dependência de terceiros, parece ser importante para se envelhecer com êxito, tanto objetiva como subjetivamente. A *Federal Interagency Forum on Aging – Related Statistics, 2000* verificou que o desempenho de vários e diferentes papéis sociais (trabalhar, cônjuge, avô, prestador de cuidados) está associado a uma maior satisfação com a vida e a sentimentos de auto eficácia.

## CAPÍTULO 4 – SAÚDE MENTAL

### 4.1 – Saúde mental em Portugal e no Mundo

Estudos epidemiológicos mais recentes, realizados nos últimos 15 anos, demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental são a principal causa de incapacidade e morbilidade nas sociedades atuais. Perturbações mentais como a depressão, esquizofrenia, dependência do álcool foram no passado subestimadas, uma vez que não era tido em conta os anos que a pessoa vivia com essa incapacidade e a dependência que a mesma provocava, mas apenas o aspeto da morbilidade.

É ainda de referir que para além das pessoas que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitas outras existem que têm problemas de saúde mental que não preenchem os critérios de diagnóstico para a perturbação psiquiátrica, mas que no entanto se encontram também em sofrimento, número que cresce para 24% na Europa.

No mundo, as perturbações mentais são as responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, valor de 40% para a Europa (WHO, 2001) in (PNSM 2008, pág. 12/154). *“As previsões apontam para um aumento significativo das perturbações mentais no futuro. O envelhecimento da população tem levado a um aumento da frequência de quadros demenciais e da consequente procura de cuidados especializados”*. in (PNSM 2008, pág. 12/154). A juntar ao envelhecimento da população assistimos cada vez mais ao aumento da faixa etária economicamente ativa a sofrer o impacto dos graves problemas sociais que atravessamos atualmente, como o desemprego, violência, pobreza e desigualdade social, o que contribui para uma maior vulnerabilidade da população e do surgimento dos quadros relacionados com o stress e depressão. Assim é premente a inclusão da saúde mental na agenda da saúde pública e comunitária, de forma a tornar os serviços de saúde mental modernos, acessíveis a todos, não só em quantidade, mas sobretudo em qualidade. In Revista “Teste Saúde” (2013) entre junho e julho de 2012, foi enviado um inquérito a uma amostra representativa da população portuguesa, 2069 participantes entre os 18 e os 74 anos, cujo objetivo do estudo era conhecer os hábitos de consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, efeitos adversos e níveis de satisfação. Do estudo verificou-se que são as mulheres quem utilizou mais, ansiolíticos no último ano (31%), obtendo os homens uma percentagem de 19%. Relativamente à idade em que se verifica maior consumo dos mesmos, esta acontece na faixa etária dos 55 aos 74 anos (31%), são os indivíduos com um nível académico mais baixo que mais uso fazem dos mesmos 32% para nível de educação baixo (9º ano) seguindo-se os de nível de educação alto (ensino superior) com

26%. Por outro lado são os indivíduos com uma situação financeira difícil (33%) e os desempregados (32%) que mais utilizam este tipo de fármacos.

O aumento da prevalência da perturbação mental na Europa e em Portugal são preocupantes. Em 2008 a União Europeia estimava que cerca de 50 milhões de pessoas (cerca de 11% da população) tinham algum tipo de perturbação mental. Em Portugal, relativamente à prevalência ao longo da vida, 1 em cada 5 cidadãos experienciou uma perturbação mental (23%). Assim, Portugal apresenta uma prevalência de perturbações mentais acima da média europeia. Este problema assume particular relevância em contexto de crise económica. Um relatório recente da Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que os problemas a nível de saúde mental possam ser agravados pela crise económica, nomeadamente a existência de maior mortalidade, aumento da taxa de suicídio e fatalidades associadas ao consumo de álcool. O crescimento dos problemas de saúde mental e saúde física mencionados, traduz-se no aumento da utilização de recursos de saúde e consumo de medicamentos. A nível da medicação, entre 2004 e 2009, observou-se um crescimento de 25,3% no consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos. Estes dados são confirmados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), onde Portugal se situa acima da média dos países desta organização no consumo de ansiolíticos. Outro exemplo de custos associados à saúde mental advém do internamento hospitalar em psiquiatria. Dados de 2005, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, apontam para que os custos com o internamento no Serviço Nacional de Saúde (SNS) representem cerca de 56% dos custos totais. A nível económico, a perturbação mental está diretamente associada ao absentismo laboral e redução da produtividade dos cidadãos. No Reino Unido a consequência económica da ausência ao emprego, devido a depressão ou ansiedade, foi calculada em cerca de 17 biliões (cerca de 19,5 biliões de euros).

[Inwww.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1\\_evidencia\\_cientifica\\_sobre\\_custo\\_efectividade\\_de\\_intervencoes\\_psicologicas\\_em\\_cuidados\\_de\\_saude.pdf](http://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efectividade_de_intervencoes_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf)

#### **4.2 – Saúde mental - Regional e Local**

De acordo com os dados recolhidos no Plano de Ação do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo – Beja, elaborado pela sua diretora de serviço, Dr.<sup>a</sup> Isabel Santos, relativamente aos indicadores regionais e locais da necessidade de intervenção na saúde mental no Alentejo, de acordo com o mencionado no Plano Regional de Saúde no Alentejo, “... estima-se que as doenças



psiquiátricas se incluem nas doenças crónicas de prevalência mais elevada, sendo citadas em 2º lugar” (Santos, I. 2013).

Ainda no mesmo plano de ação é referido que a *saúde mental* e as *doenças do foro psiquiátrico* são uma das prioridades para os próximos 5 anos, face aos indicadores observados pelos vários projetos do DPSM (Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental) e Equipa de Saúde Mental Comunitária. Os indicadores referidos são:

- *Elevada taxa de suicídio* - O triplo da taxa média nacional relativamente à taxa de suicídio (32.3/1000.000 habitantes em 2010 – 48 suicídios). Terceira taxa mais elevada de mortalidade na região;
- *Perturbações mentais severas* – Cerca de 2% da população encontra-se em seguimento do DPSM por patologia mental severa, número superior ao que normalmente se encontra na população em geral;
- *Consultas Psiquiátricas* – Elevado nº de consultas psiquiátricas para doentes com situações graves, destacando-se as perturbações bipolares, esquizofrenia, perturbações de comportamento associadas a demências;
- *Intervenção Judicial* – Elevado número de adultos com perturbação psiquiátrica e com necessidade de intervenção judicial;
- *Alcoolismo* – Existe um elevado número de doentes alcoólicos em seguimento ( em articulação com a Equipa de tratamento do Centro de Responsabilidade Integrada do Baixo Alentejo;

Para além dos indicadores supra citados que afetam diretamente o estado de saúde mental e o prognóstico das perturbações mentais, existem ainda os indicadores micro demográficos e sócio económicos que afetam a saúde mental e o prognóstico das perturbações mentais, mas de forma indireta; são eles:

*Indicadores micro demográficos:*

- *Envelhecimento da população* – Elevado índice de envelhecimento no Baixo Alentejo, (183.9) para 110.1 a nível Nacional;
- *Mortalidade* – Elevada taxa de mortalidade, (273.6) para (233.9) a nível Nacional;
- *Anos potenciais de vida* - Os anos potenciais de vida perdidos, apresentam a taxa mais elevada do País.

#### *Indicadores socio económicos:*

- *Desemprego* – Elevada taxa de desemprego (11.5), sendo a taxa de desemprego nacional de 6.88;
- *Analfabetismo* – A mais elevada taxa de analfabetismo do país (18.2) para (9.0) a nível nacional;
- *Pensionistas* – Elevada taxa de pensionistas (39/100);
- *Atividade da população ativa* – Baixa taxa de atividade da população ativa (42.5) para 48.2 a nível nacional;

#### *Indicadores geográficos:*

- O distrito de Beja detém a maior área geográfica do país (10.225 Km<sup>2</sup>);
- Grande dispersão populacional entre os centros urbanos e entre estes e as respetivas freguesias;
- Dificuldades na rede de transportes

Face ao exposto, o DPSM tem como visão e valores o “Acesso e equidade em Saúde Mental a cuidados de qualidade e respeito pelos direitos humanos das pessoas com perturbação mental” (Santos, I. 2013).

### **4.3 – Saúde mental e bem-estar**

Com base na definição de promoção da saúde da OMS (1984): “a promoção da saúde é o processo de possibilitar às pessoas um aumento do controlo sobre a sua saúde e uma melhoria da mesma”. Ewles e Simnett (1999), cit. por Squire, 2005 identificaram vários aspetos fundamentais para a promoção da saúde: melhorar a saúde; ter controlo sobre a sua própria saúde; melhorar a saúde da pessoa idosa e envolver o indivíduo nas decisões acerca da sua saúde. Promover a saúde significa muito mais do que aconselhar e encorajar as pessoas a adotarem um estilo de vida dito saudável, as metas devem estar direcionadas para encorajar as pessoas de modo a que consigam atingir o seu máximo potencial através de um controlo crescente sobre as suas vidas, da melhoria da sua saúde, da maximização da sua capacidade funcional e minimização dos efeitos de situações debilitantes e por último adiar ou prevenir a instalação de doenças. A promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental abrangem aspetos

individuais, familiares, comunitários e sociais, ao reforçarem os fatores protetores e ao diminuir os fatores de risco. Os locais onde as pessoas passam muito tempo, são pois, terrenos privilegiados de ação (*Livro Verde, 2005*). Quando falamos em prevenção falamos em *prevenir*. Prevenir significa desenvolver estratégias que impeçam ou dificultem a chegada de determinada condição (*Moreira, P., 2004*). A prevenção deve ser vista em termos de *universal* (dirigida à população em geral), *indicada* (dirigida a grupos) e *seletiva* (grupos de alto risco). Além do mais, apostar em políticas de prevenção é menos dispendioso do que tratar. Não prevenir ou controlar as patologias ditas não transmissíveis de forma apropriada resulta em enormes custos humanos e sociais, que irão absorver uma enorme quantidade de recursos que poderiam ser destinados a outros problemas. Durante o processo de envelhecimento surgem muitos fatores de stress que podem aumentar o risco de doença mental. Sendo disso exemplo a diminuição das capacidades físicas e o isolamento social. As depressões e outras doenças do foro neuropsiquiátrico, tais como a demência, são fatores que acabam por agravar as doenças mentais (*Livro Verde, 2005*). Estudar as condições de saúde e bem estar da pessoa idosa implica dar atenção à sua saúde mental, dando particular importância à depressão já que esta pode conduzir a uma perda de autonomia e desencadear sintomas somáticos o que implica que se viva com incapacidade. Assim, há que ter em consideração a importância de verificar a saúde mental (depressão e ansiedade) durante o processo de envelhecimento; identificar os principais sintomas físicos relatados por indivíduos no processo de envelhecimento; verificar a relação entre sintomas físicos, saúde mental com idade e género; verificar a correlação entre sintomas físicos e saúde mental. Segundo *Squire, 2005* é natural que os problemas psicológicos ou emocionais dos idosos passem despercebidos, pois são facilmente tidos como inerentes ao processo de envelhecimento. Mas os próprios indivíduos podem não ter vontade de procurar ajuda ou revelar os seus sentimentos a outros com medo de serem estigmatizados ou por falta de conhecimento das ajudas que possam ter disponíveis. A saúde psicológica dos idosos evoca muitas vezes uma imagem muito negativa: na melhor das hipóteses perda de memória e confusão e, na pior das hipóteses a senilidade. A mesma autora refere ainda que, o bem estar emocional está relacionado com o sentir-se bem consigo próprio e ter a capacidade de lidar com o stress e tensão percecionada pelo próprio indivíduo mas acima de tudo continuar a sentir que continua a deter o controlo. Raramente estes atributos estão ao dispor dos idosos, mas são um importante elemento a considerar já que o sentimento de controlo da pessoa idosa é comprometido com alguma frequência. Se as pessoas idosas percecionarem a sua deterioração física e mental como algo sobre o qual não possuem qualquer controlo, é natural que reduzam

os seus mecanismos ou atividades de adaptação e acabem por desistir. Ter um propósito de vida ou um sentido na e para a vida pode ter influência na sua auto estima, motivação e toda a sua postura perante a vida. Se o processo de reforma e o envelhecimento forem encarados como o começo de uma vida sem sentido, objetivos ou finalidades então, rapidamente se instalará o sentimento de uma existência sem sentido, ansiedade, depressão e ao sentimento de desespero. As doenças crónicas, as mudanças fisiológicas, a má nutrição e a medicação podem avivar os problemas psicológicos dos idosos. Problemas de visão, audição e reações lentas contribuem certamente para uma perda de confiança e para o isolamento social em algumas pessoas idosas, o que se pode repercutir de diferentes formas: precisar de ajuda para preencher qualquer documentação, estar inseguro com as trocas monetárias efetuadas nas compras e até mesmo precisar de ajuda para andar na e atravessar a rua ou seja, as tarefas que eram outrora consideradas rotineiras podem tornar-se quase que enviáveis (Squire, 2005). O espectro das perturbações mentais não difere dos adultos jovens para os idosos, ambos estão sujeitos ao mesmo e amplo “quadro” de perturbações mentais, contudo a maioria das perturbações mentais são especialmente notáveis na terceira idade, tendo os idosos maior risco de défice cognitivo do que os adultos mais jovens. As adaptações do idoso ao stress pessoal, luto, síndromes dolorosas e às perturbações do sono, se não forem devidamente compreendidas e aceites, podem levar ao surgimento de problemas psiquiátricos graves, em pessoas idosas em processo de envelhecimento normal. Assim é de extrema importância a intervenção preventiva no sentido de apoiar o idoso e suas famílias, com vista à gestão das situações de stress que são comuns ao envelhecimento e à promoção da saúde mental e bem-estar quando atingida a última fase da vida da sua vida.

#### **4.4 – Enquadramento legal para a saúde mental**

In (Santos, I. 2013) - Plano de Ação do Departamento de Psiquiatria e saúde Mental da ULSBA, pág. 2 refere que a nova orgânica do Ministério da Saúde foi aprovada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro, tendo-se procedido ao reforço das atribuições da *Direção-Geral da Saúde*, nomeadamente ao nível das competências respeitantes aos programas verticais de saúde de doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, ao VIH/SIDA e à saúde mental. Foi nomeado por despacho nº006/2012 da D.G.S diretor do programa nacional para a Saúde Mental o psiquiatra Dr. Álvaro de Carvalho. Por despacho de 3 de Janeiro, o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde aprovou os *programas prioritários* a desenvolver

pela Direção-Geral da Saúde, entre os quais se inclui o *Programa Nacional para a Saúde Mental*, cujo instrumento orientador fundamental se corporiza no *Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016)*, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de Março.

*Coordenação Nacional para a Saúde Mental – CNSM*

Decreto-Lei N.º 35 de 1999 (PDF) ; Decreto-Lei N.º304 de 2009 (PDF) ; Resolução Conselho de Ministros sobre Cuidados Continuados (PDF) ; Resolução Conselho Ministros N.º49/2008 (PDF) Lei Saúde Mental N.º 36/98 (PDF) ;

*Cuidados Continuados Integrados Saúde Mental – CCISM*

Alteração ao Decreto-Lei 8/2010 (PDF); Decreto-Lei 8/2010 (PDF) ; Despacho nomeação Equipa projeto Cuidados Continuados (PDF); Resolução do Conselho de Ministros 37/2010 (PDF) ; Portaria 149\_2011 (PDF); Portaria n.º 183/2011, de 5 de Maio (PDF) ; Despacho n.º 8677/2011 (PDF)

#### **4.5 – Principais patologias dos participantes e sua incidência**

Neste ponto vai ser feita uma descrição das definições, principais sintomas e base de incidência das principais patologias que afetam os participantes deste estudo. A maioria dos indivíduos da amostra apresenta como diagnóstico:

*Esquizofrenia;*

*Transtorno Bipolar;*

*Hipocondria;*

*Depressão.*

*Esquizofrenia* - O histórico conceitual da esquizofrenia data do final do século XIX e da descrição da demência precoce por Emil Kraepelin. Outro cientista que teve importante influência sobre o conceito atual de esquizofrenia foi Eugen Bleuler. Kraepelin (1856-1926) estabeleceu uma classificação de transtornos mentais que se baseava no modelo médico. Seu objetivo era delinear a existência de doenças com etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns. Ele chamou uma dessas entidades de *demência precoce*, porque começava no início da vida e quase invariavelmente levava a

problemas psíquicos. Seus sintomas característicos incluíam alucinações, perturbações em atenção, compreensão e fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos. A etiologia era endógena, ou seja, o transtorno surgia devido a causas internas. A demência precoce foi separada do transtorno maníaco-depressivo e da paranoia com base em critérios relacionados aos seus sintomas e curso. Kraepelin distinguiu três formas do transtorno: hebefrênica, catatônica e paranóide. Bleuler (1857-1939) criou o termo “esquizofrenia” (esquizo = divisão, phrenia = mente) que substituiu o termo demência precoce na literatura. Bleuler conceitualizou o termo para indicar a presença de um cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes afetados. Para explicar melhor sua teoria relativa aos cismas mentais internos nesses pacientes, Bleuler descreveu *sintomas fundamentais* (ou *primários*) específicos da esquizofrenia que se tornaram conhecidos como os quatro “As”: associação frouxa de idéias, ambivalência, autismo e alterações de afeto. Bleuler também descreveu os *sintomas acessórios*, (ou *secundários*), que incluíam alucinações e delírios (Ey, Bernard, & Brisset, 1985). Os três primeiros subtipos clássicos (demência paranóide, hebefrenia e catatonía) eram descritos como doenças separadas até que Kraepelin as reuniu sob o nome de demência precoce. Juntamente com a esquizofrenia simples, introduzida por Bleuler, os subtipos paranóide, hebefrênico e catatônico de Kraepelin formaram o grupo de esquizofrenias de Bleuler. Diversos avanços, incluindo: a definição objetiva e uniformização dos sintomas e critérios diagnósticos para esquizofrenia; o advento das drogas antipsicóticas e a caracterização de seus mecanismos de ação e padrões de respostas; e, por fim, a identificação de anormalidades biológicas na doença, tem em conjunto, tornado possível o surgimento de classificações mais precisas de subtipos esquizofrênicos, que levam em conta, características de curso, resposta a tratamento, prognóstico e substrato patogênico. Dentre estas, a dicotomização da esquizofrenia em subtipos I e II ou positivo/negativo proposta por Crow (1980) é talvez a classificação mais conhecida. Segundo ele, os dois tipos podem refletir dois processos patológicos etiológica e prognosticamente distintos. Os principais sintomas da síndrome positiva (ou tipo I) são alucinações e delírios e da síndrome negativa (ou tipo II) são o embotamento afetivo e a pobreza do discurso.

*Sintomas característicos* - Os primeiros sinais e sintomas da doença aparecem mais comumente durante a adolescência ou início da idade adulta. Apesar de poder surgir de forma abrupta, o quadro mais frequente inicia-se de maneira insidiosa. Sintomas prodrômicos pouco específicos, incluindo perda de energia, iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene, podem surgir e permanecer por algumas semanas ou até meses antes

do aparecimento de sintomas mais característicos da doença. Familiares e amigos em geral percebem mudanças no comportamento do paciente, nas suas atividades pessoais, contato social e desempenho no trabalho e/ou escola (Vallada Filho & Busatto Filho, 1996). Os aspetos mais característicos da esquizofrenia são alucinações e delírios, transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, deficits cognitivos e avaliação. Alucinações e delírios são frequentemente observados em algum momento durante o curso da esquizofrenia. As alucinações visuais ocorrem em 15%, as auditivas em 50% e as táteis em 5% de todos os sujeitos, e os delírios em mais de 90% deles (Pull, 2005). O termo transtorno do pensamento refere-se a uma doença no conteúdo, assim como na forma dos pensamentos do indivíduo. Os transtornos do conteúdo do pensamento são os delírios. Os transtornos na forma de pensamento podem ser subdivididos em duas categorias: perturbação intrínseca do pensamento e, transtorno na forma em que os pensamentos são expressos na linguagem e na fala. A linguagem e o discurso desordenados descarrilamento, tangencialidade, neologismos, pobreza no conteúdo do discurso, incoerência, pressão da fala, fuga de ideias e fala retardada ou mutismo. Os distúrbios do comportamento na esquizofrenia incluem comportamento grosseiramente desordenado e comportamento catatônico. Desde o começo, o comportamento catatônico foi descrito entre os aspetos característicos da esquizofrenia. A catatonia é definida como um conjunto de movimentos, posturas e ações complexas cujo denominador comum é a sua involuntariedade. Os fenômenos catatônicos incluem: estupor, catalepsia, automatismo, maneirismos, estereotípias, fazer posturas e caretas, negativismo e ecopraxia. Foram encontrados sintomas catatônicos entre 5 e 10% dos pacientes com esquizofrenia. Entretanto, esses sintomas não são específicos da esquizofrenia, podendo ocorrer, sobretudo na mania (Pull, 2005). A anedonia ou perda da capacidade de sentir prazer, foi proposta como a característica central ou cardinal da esquizofrenia. A anedonia física abrange a perda de prazeres como admirar a beleza do pôr-do-sol, comer, beber, cantar, ser massageado. A anedonia social abrange a perda de prazeres como estar com os amigos ou estar com outras pessoas. O embotamento afetivo foi considerado comum, mas não onipresente, em pacientes com esquizofrenia, sendo também comum em pacientes depressivos. Os deficits cognitivos foram relacionados como características importantes da esquizofrenia desde as descrições originais de Kraepelin e Bleuler. Pacientes com esquizofrenia demonstram um deficit cognitivo generalizado, ou seja, eles tendem a ter um desempenho em níveis mais baixos do que controles normais em uma variedade de testes cognitivos. Eles apresentam múltiplos deficits neuropsicológicos em testes de raciocínio conceitual complexo, velocidade psicomotora, memória de aprendizagem

nova e incidental e habilidades motoras, sensoriais e percetuais. As alterações cognitivas seletivas mais proeminentes na esquizofrenia incluem deficits em atenção, memória e resolução de problemas.

*Epidemiologia* - A taxa varia de 0,9-11 por 1.000 habitantes. Entretanto, os trabalhos de incidência em esquizofrenia são em menor número. Tais estudos são mais trabalhosos, requerem uma avaliação longitudinal, com duas avaliações em diferentes períodos sobre a mesma população e, a partir dessas avaliações, determinar quantos novos casos aparecem nesse mesmo intervalo. A incidência anual está entre 0,1-0,7 novos casos para cada 1.000 habitantes.

O *transtorno bipolar* - é uma doença grave no cérebro. É também chamado de doença maníaco-depressiva. Pessoas com transtorno bipolar passam por mudanças de humor incomum. Por vezes, sentem-se muito felizes e "para cima", e são muito mais ativas do que o habitual. Isto é chamada a fase maníaca. Por vezes as pessoas com transtorno bipolar sentem-se muito tristes e "para baixo", ficando muito menos ativas. Isto é chamada a fase depressiva. O transtorno bipolar também pode causar mudanças na energia e no comportamento. Não podemos dizer que uma pessoa tem transtorno bipolar, baseando-nos apenas nos altos e baixos normais que todos atravessam. Sintomas bipolares (SB) são mais poderosos do que isso. A pessoa com transtorno bipolar, por vezes é-lhe difícil ir à escola ou manter um emprego, podendo até tornar-se uma pessoa perigosa. Algumas pessoas com transtorno bipolar apresentam ao longo do seu quadro clínico episódios de tentativas de suicídio e auto mutilações. Qualquer pessoa pode desenvolver a doença bipolar. Muitas vezes, a doença manifesta-se apenas na idade adulta, podendo no entanto surgir logo na fase da infância e ou final da adolescência. A doença normalmente dura uma vida inteira.

*Sintomatologia* - As pessoas podem ter episódios de mania, episódios depressivos, ou episódios "mistos". Um episódio misto tem tantos sintomas maníacos como depressivos. Estes episódios de humor causam sintomas que duram uma semana ou duas, às vezes mais. Durante um episódio, os sintomas duram todos os dias durante a maior parte do dia. Os sentimentos são fortes e acontecerá juntamente com mudanças bruscas de comportamento e níveis de energia.

*Episódio maníaco*: Estão muito alegres ou muito tristes; Feel “nervoso” ou wired “calmo”; Falam muito rapidamente sobre um quantidade de coisas diferentes; Ficam agitados, irritados ou muito calmos; Têm problemas para dormir ou relaxar; Sentem que conseguem fazer tudo de uma vez; Têm comportamentos de risco;



*Episódio depressivo:* Sentem-se muito tristes; Ficam preocupados e com a sensação de vazio; Revelam problemas de concentração; Manifestam problemas de memória; Perdem o interesse por atividades do dia a dia; Sentem-se cansados com relativa facilidade; Têm pensamentos sobre a morte.

A incidência dos transtornos de humor representa o número de novos casos da doença que surgem em uma população em risco de adoecer (ou seja, pessoas que não apresentam a doença no início do estudo), em um determinado período de tempo. Os estudos de coorte ou de seguimento fornecem estimativas de incidência, mas são dispendiosos e conduzidos em longo prazo. Por isso, os dados de incidência sobre transtornos mentais em geral são escassos. O estudo do ECA encontrou uma taxa anual de incidência para transtorno bipolar de 0,5%, muito próxima da prevalência anual de 0,6%, indicando que a duração média de um episódio de humor é em geral maior do que um ano. Vale salientar, no entanto, que o ECA não é um estudo longitudinal por definição, e que os dados obtidos são retrospectivos. Não foram encontrados outros dados sobre a incidência do TB na literatura atualmente disponível. Com base nos grandes estudos populacionais de amostra aleatória, as estimativas de prevalência de TAB são consistentemente baixas, ao redor de 1%, para transtorno bipolar tipo I e II. A partir da introdução do conceito de espectro bipolar, ampliando o limiar para TAB, as estimativas são mais altas, ao redor de 5% a 8%, porém esse conceito ainda não está adequadamente validado por estudos epidemiológicos de base populacional, sendo as principais evidências obtidas em amostras clínicas e em análises retrospectivas dos dados do ECA. É possível que muitos casos de TB atualmente ainda deixem de ser diagnosticados. Neste sentido, o conceito de espectro é importante, e não somente intervenções terapêuticas como também profiláticas podem ser empregadas na medida em que o reconhecimento do transtorno é mais apurado. No entanto, a questão do espectro ainda precisa ser melhor definida considerando-se não somente sua validade interna, mas também a questão do limiar de tratamento. Os pacientes com síndromes menos graves e incapacitantes também devem ser tratados. Apesar de a prevalência do TB tipo I (em especial) e II ser melhor conhecida, mais estudos são necessários para avaliar a relevância clínica dos quadros menos graves. Finalmente, mais estudos longitudinais são necessários para que se possa conhecer melhor características do TB como idade de início, resposta a tratamentos e prognóstico.

A *hipocondria* é associada a diversos transtornos de ansiedade, sobretudo ao transtorno de pânico (TP). Estima-se que 50% a 70% dos pacientes com TP tenham sintomas hipocondríacos, e que 13% a 17 % dos hipocondríacos tenham TP associado. A hipocondria é um estado psíquico que se caracteriza pela crença infundada de se

padecer de uma doença grave. Costuma vir associada a um medo irracional da morte, a uma obsessão com sintomas ou defeitos físicos irrelevantes, à descrença nos diagnósticos médicos, preocupação e auto observação constante do corpo. A hipocondria pode vir associada ao transtorno obsessivo compulsivo e à ansiedade. O hipocondríaco revela frequentemente o medo de estar doente, mais que isso, acredita ser portador de uma doença grave. Pequenos sinais e sintomas leves, normais no organismo, são interpretados como algo significativo, alguns até creem que vão morrer por causa desses indícios expressos pelo corpo. Começa então a maratona médica, pois estes pacientes vão peregrinar entre vários profissionais da saúde até encontrarem alguém que confirme suas preocupações. Enquanto as suas suspeitas não são ratificadas eles persistem nesta procura, cada vez mais dececionados e ressentidos. As causas da hipocondria vão desde um trauma ou susto até outros fatores emocionais como carência, ansiedade, insegurança e baixa auto-estima. O ambiente também influencia.

A depressão é considerada, hoje em dia, um problema de saúde importantíssimo, pois afeta pessoas de todas as idades, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social que muitas vezes têm como desfecho o suicídio. A depressão é um transtorno mental do humor; este grupo classicamente apresentaria remissão dos sintomas nos períodos interfásicos em contraposição ao caráter crônico da esquizofrenia, conforme a classificação cunhada por Kraepelin. A depressão é um humor negativo, persistente e prolongado que interfere com vários aspetos da vida. É caracterizada por sentimentos de tristeza, desvalorização pessoal, culpa, solidão e desesperança. Pode também estar presente ideação suicida. Todos tivemos períodos destes, em que nos sentimos “em baixo”, tristes, desmotivados. Tais sentimentos fazem parte normal e esperada da experiência de sermos humanos. Porém, a depressão que se torna intensa ou que se prolonga há demasiado tempo pode constituir uma forma de depressão mais disfuncional. Este tipo de depressão precisa muitas vezes de uma abordagem direta para que possa evoluir e desaparecer.

*Sintomas Emocionais:* Tristeza (maior parte do dia, quase diária); Ansiedade; Culpa; Raiva; Alterações súbitas de humor; Sensação de que nada nem ninguém nos pode ajudar; Falta de esperança; Falta de prazer ou interesse pelas atividades diárias ; Perda de sensação de afeto dirigido a amigos e familiares; Irritabilidade, queixas sobre assuntos que antes não os preocupavam.

*Sintomas Físicos:* Mudanças no padrão de sono (insónia ou hipersónia); Comer de mais ou de menos; Alterações de peso (5% ou mais); Irregularidades no ciclo

menstrual; Perda de desejo sexual; Perda de energia, fadiga crónica; Dores de cabeça, costas ou outras sem explicação aparente; Problemas digestivos tais como dores de estômago, enjoo, má digestão e/ ou mudanças nos hábitos intestinais.

*Sintomas Comportamentais:* Chorar sem razão aparente ou no outro extremo, falta de resposta emocional às situações; Evitar as outras pessoas; Evitar novas situações; Ataques de zanga; Desmotivação para estabelecer ou lutar por objetivos; Perda de interesse pela aparência física pessoal; Perda de interesse pelas atividades outrora consideradas interessantes.

A depressão resulta frequentemente de acontecimentos de vida infelizes e que envolvam perda, tais como a morte de um ente querido. Quando a fonte de depressão é evidente para o indivíduo, ele pode esperar com algum grau de certeza que ela seja moderada e desapareça gradualmente. No entanto, quando não existe uma fonte visível, a depressão pode piorar, uma vez que a pessoa não consegue entender o porquê dos seus sentimentos. A sensação de perda de controlo agrava os sentimentos depressivos. Muitas fontes de stress podem estar envolvidas na depressão. Podem incluir fatores pessoais, ambientais ou bioquímicos.

## PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

### CAPITULO 5 - METODOLOGIA

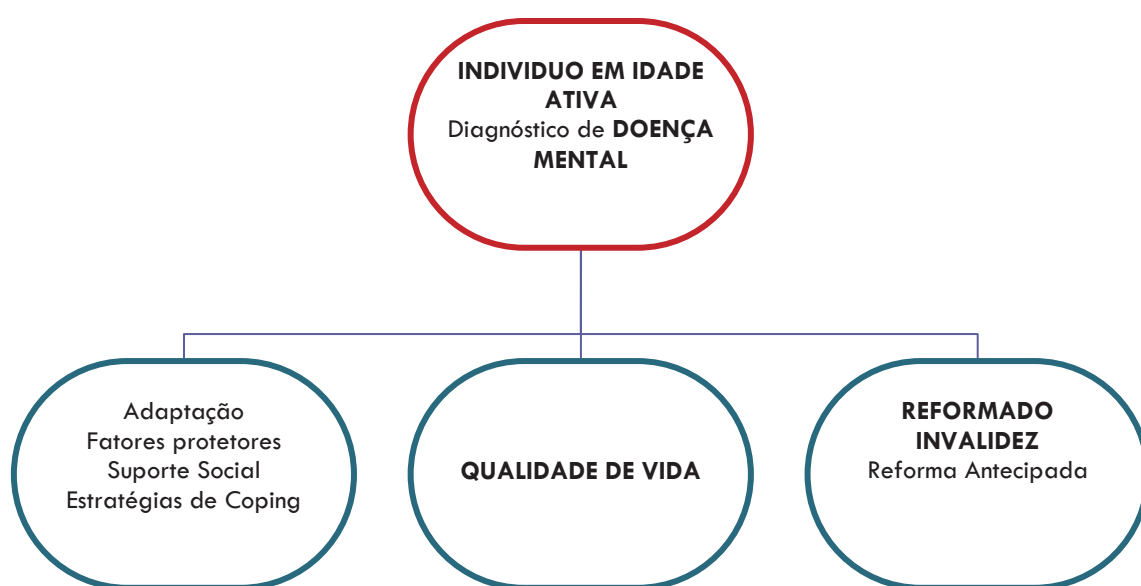
Segundo Fortin (1999), este projeto refere-se a um estudo exploratório de cariz quantitativo, qualitativo e transversal, na medida em que vai permitir descrever uma realidade ou conceito relativamente à população adulta reformada por invalidez com diagnóstico de doença mental, identificando as suas características assim como as dos participantes no estudo.

#### 5.1– Desenho da investigação

De seguida, é apresentada a **Figura 1**, a qual representa o desenho da investigação. Esta investigação incidiu sobre um único grupo.

- *Indivíduos com doença mental, reformados por invalidez em idade ativa residentes no Distrito de Beja.*

Com esta investigação procurou-se avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com doença mental, reformados por invalidez em idade ativa e compreender a forma como se adaptaram à condição de doente mental, qual o suporte social e quais as estratégias de coping e os fatores protetores que facilitaram a promoção da sua qualidade de vida, enquanto doentes mentais reformados.



**FIGURA 1 – Desenho da Investigação**

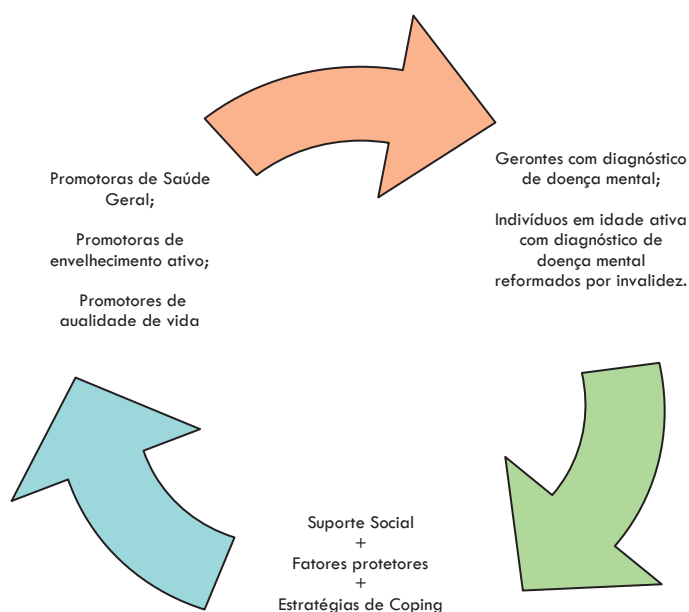
O presente estudo tem como principal objetivo responder ao problema de investigação levantado:

*“Avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com doença mental, reformados por invalidez em idade ativa e compreender a forma como se adaptaram à condição de doente mental, qual o suporte social e quais as estratégias de coping e os fatores protetores que facilitaram a promoção da sua qualidade de vida, enquanto doentes mentais reformados”.*

Neste sentido, concebemos e organizámos a investigação num único momento correspondendo a um único estudo, cujos objetivos foram:

- . Conhecer como foi aceite o diagnóstico de Doença Mental;
- . Identificar a saúde geral do Doente Mental;
- . Conhecer como foi aceite a reforma antecipada;
- . Identificar os problemas desencadeados pela reforma antecipada;
- . Conhecer os fatores protetores que permitiram saber lidar com a reforma antecipada;
- . Conhecer as estratégias de coping desenvolvidas na vivência com o diagnóstico de doença mental e a condição de reformado por invalidez;
- . Saber qual o apoio social com que o indivíduo contou na fase de adaptação ao diagnóstico de doença mental e de reformado por invalidez;
- . Avaliar a saúde geral do indivíduo;
- . Avaliar a qualidade de vida do indivíduo.

Apresentamos de seguida, na **FIGURA 2**, o modelo racional teórico da investigação, o qual nos mostra o contributo dos fatores protetores, suporte social e estratégias de coping desenvolvidas, na adaptação do indivíduo à sua condição de doente mental reformado por invalidez, assim como na promoção de um envelhecimento ativo e com qualidade de vida.



**FIGURA 2 – Modelo Racional Teórico**

## 5.2-Participantes

Deste estudo fazem parte 10 entrevistados doença mental, reformados por invalidez em idade ativa em consultas de seguimento. Os entrevistados foram todos aqueles que se mostraram disponíveis para participar e colaborar neste estudo.

Trata-se de um estudo probabilístico e de conveniência, na medida em que o universo de entrevistados é composto por todos quantos estiverem disponíveis a colaborar na investigação.

## 5.3- Instrumentos

Os instrumentos de avaliação aplicados foram o *Questionário de Saúde Geral* (GOLDBERG,1978) - Versão Portuguesa, FARIA, 1999 (anexo 2); o *WHOQOL-BREF* – (versão portuguesa) (Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho e Carona, 2006) (anexo 3) e o *Teste de Avaliação Neuropsicológica – Entrevista Semi-Estruturada sobre Saúde Mental e Bem-estar em Gerontes* (Faria, e al, 2012) (anexo 4). O *Questionário de Saúde Geral (QSG)* - (GOLDBERG,1978) - Versão Portuguesa, FARIA, 1999 - QSG de Goldberg (1972) surge como uma medida válida e discriminativa entre os doentes e os outros, trata-se de um instrumento utilizado na investigação inglesa e já se apresentou sob diversas versões de 60, 30 e 12 *items* (Argyle, 1987). A versão mais

curta é de fácil administração e mostra os efeitos da classe social, desemprego e outras variáveis da saúde mental. Uma questão pode surgir: Será que as pessoas falam verdade quando respondem a estas questões? Se estamos a lidar com doentes da clínica é muito provável que se expressem abertamente dado que é de todo o seu interesse. Se é se trata de uma seleção para um trabalho podem conciliar os seus sintomas psiquiátricos, ou se trata de uma questão de sobrevivências podem fazer o mesmo, em particular podem manobrar os sintomas corporais de ansiedade ou depressão. Assim, a escala está particularmente focada para *detetar angústia*. (Faria, M.C. 2000). O WHOQOL-BREF – (versão portuguesa) (Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho e Carona, 2006) foi um instrumento desenvolvido através do grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) da OMS destinado a avaliar a qualidade de vida com uma perspetiva transcultural. O primeiro instrumento para avaliação de qualidade de vida a ser criado foi o WHOQOL-100, sendo este constituído por 100 questões, referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Sendo esses domínios divididos em 24 facetas, cada uma delas constituída por quatro questões (Fleck, 2000). Mais tarde, houve a necessidade de um instrumento que fosse mais curto, que não exigisse tanto tempo de resposta, tendo sido desenvolvido o WHOQOL-BREF.

O WHOQOL-BREF, foi validado e aferido para a população portuguesa por Canavarro e col. (2006). O WHOQOL-BREF possui 26 questões, estando organizado em quatro domínios de Qualidade de Vida: 1) *físico*, 2) *psicológico*, 3) *relações sociais*, e 4) *ambiente*. Cada domínio é constituído por um conjunto de 24 facetas, sendo cada uma destas facetas avaliada por uma pergunta (correspondente a um item), incluindo ainda uma de qualidade de vida geral. Cada uma das facetas consta numa descrição de um estado, comportamento, capacidade ou uma perceção ou experiência subjetiva. As perguntas são respondidas através de quatro escalas de tipo Likert de 5 pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) e encontram-se enunciadas quer de forma positiva, quer de forma negativa. Cada pergunta é cotada de 1 a 5 sendo que três itens, que foram formulados de forma negativa, devem ser invertidos, pois os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo e a interpretação dos resultados é feita de forma linear, isto é, resultados mais elevados caracterizam uma melhor qualidade de vida. (Silva, 2009). Neste estudo a utilização deste instrumento, tem como objetivo a avaliação da qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de doença mental reformados em idade ativa. O *Teste de Avaliação Neuropsicológica – Entrevista Semi-Estruturada sobre Saúde Mental e Bem-estar em Gerontes* (Faria, e al,

2012), *trata-se de uma* entrevista que tem como principal objetivo a recolha de informação sobre a saúde mental e o bem-estar do(a) geronte. Assim, permite realizar uma anamnese aprofundada para obter informação acerca de dados sociodemográficos e recolher informação sobre dados relativos ao historial de saúde e de dificuldades funcionais do sujeito, ao apoio social percecionado, à atividade, ao estado de saúde mental e à perceção de envelhecimento. Este instrumento foi criado pela docente da cadeira “Saúde Mental ao Longo do Ciclo de Vida” do Mestrado em Psicogerontologia Comunitária e os alunos da mesma.

#### **5.4 – Procedimentos**

Aos participantes na investigação foi dada uma explicação prévia relativamente à natureza e objetivos do estudo. Foi pedido o consentimento e respeitado do direito à privacidade, ficando a garantia do respeito pelos princípios de natureza ética, confidencialidade e anonimato das informações. As informações obtidas não serão utilizadas para outro fim, que o do presente estudo.

Os questionários e os testes de avaliação foram aplicados individualmente pelo investigador.

#### **5.5 – Tratamento de dados**

Os dados recolhidos foram tratados através de uma análise de conteúdo, passando-se à descrição da análise caso por caso, uma vez que se trata de uma amostra clínica.



## 6 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados são apresentados de forma descritiva, de acordo com as dimensões de avaliação pré-estabelecidas na análise de conteúdo. Assim as dimensões avaliadas foram:

1. *Estado de consciência (anexo 5);*
2. *Principais queixas (anexo 5);*
3. *Apoio Social (anexo 5);*
4. *Atividade (anexo 5);*
5. *Saúde Mental (anexo 5);*
6. *Envelhecimento (anexo 5);*
7. *Reforma antecipada (anexo 5);*
8. *Qualidade de vida (anexo 6).*

Os resultados serão descritos caso a caso em cada uma das categorias. Considerou-se pertinente agrupar os casos por género, assim os indivíduos do género masculino vão ser descritos em primeiro lugar, seguindo-se a descrição dos do género feminino.

### 6.1 – Entrevista a doentes mentais com reforma antecipada

#### 6.1.1 – Entrevistado 6

*1ª Dimensão - Estado de Consciência* - Indivíduo com 34 anos, com diagnóstico de Esquizofrenia, apresenta dificuldades de memória, postura e discurso apático, pouco motivado, diz não ter interesse por nada em especial. Sente-se bem embora tenha dificuldades ao nível da funcionalidade do membro superior direito, o que lhe traz algumas limitações no que se refere à execução da higiene pessoal (não consegue fazer a barba). Vai ao café do lado ler o jornal “Record”.

*2ª Dimensão – Principais Queixas* - Toma medicação para dormir, diz dormir bem, não ter problemas de sono, sente falta de força no membro superior direito. Expressa ter dificuldades em comunicar espontaneamente, em escrever e no cálculo mental.

*3ª Dimensão – Apoio Social* - Solteiro, vive com os pais em casa alugada e uma sobrinha. Tem um irmão. Tem poucos vizinhos, e esses já são de idade avançada. Muito raramente está sozinho, não recebe visitas. A mãe é a sua confidente. Não tem amigos onde vive. Menciona o nome de dois amigos da sua terra natal.

*4ª Dimensão – Atividade* - Todos os dias lê o jornal desportivo “Record”, vê televisão e vai ao café. Refere que tem sempre tempo livre.

*5ª Dimensão – Saúde Mental* - Na avaliação global da saúde mental apresenta o valor de **40** (12-60) no **QSG**, o que reflete alguma debilidade na sua saúde mental. Revela algum risco de vir a desenvolver depressão **16** (4-20) no **QSG**. No que concerne à avaliação dos acontecimentos de vida e autoestima, o indivíduo apresentou um valor de **24** (8-40) no **QSG**, o que nos pode levar a inferir que tem pouco domínio sobre a sua vida pessoal, familiar e comunitária. Exprime sentir-se bem. Considera que a promoção da sua saúde mental, depende de terceiros, (estar ocupado). Menciona que gostava de integrar um curso de ocupação profissional.

*6ª Dimensão – Envelhecimento* - Considera que para se envelhecer bem é fundamental ter saúde física e mental, no entanto diz não saber o que é indispensável para se ter um envelhecimento bem-sucedido.

*7ª Dimensão – Reforma antecipada* - Reformou-se com 34 anos. Está consciente das razões que o levaram à reforma antecipada. Após a reforma a sua vida não sofreu alterações relativamente á atividade. Considera a reforma uma mais-valia, pois é para si uma fonte de rendimento.

*8ª Dimensão – Qualidade de vida (QV)* - Ao nível da QV no geral, o indivíduo apresente um **score de 2** o que equivale a uma **má QV**. No **domínio físico** tem algumas limitações físicas, dores e desconforto em geral que o impedem de ter autonomia plena no que se refere aos AVD's. Tem uma dependência diária de medicamentos. Não exerce qualquer atividade a nível laboral e nem participa em atividades da vida quotidiana. No domínio psicológico tem pouco cuidado com a sua higiene e imagem corporal, é tímido, reservado, pouco comunicativo. Ao longo de toda a avaliação nunca se referiu a qualquer tipo de crença ou religião. No que diz respeito **às relações sociais, 3º domínio**, é uma pessoa que vive muito sozinha e com uma rede social quase nula; não tem namorada nem referiu a existência de amigos do género feminino. No último domínio – **meio ambiente**, o indivíduo refere uma atitude de indiferença face ao local e habitação onde vive.

### 6.1.2 – Entrevistado 7

*1ª Dimensão - Estado de Consciência* - Indivíduo com 78 anos, com diagnóstico de Hipocondríaco. Apresenta dificuldades de memória. Diz sentir-se deprimido por causa da sua doença, a qual o impede de sair à noite, apenas saindo de dia para se dedicar

à agricultura. Revela preocupação e dificuldades na relação com o filho de 45 anos com quem vive.

*2ª Dimensão – Principais Queixas* - Sente-se angustiado, deprimido, descontrola-se com facilidade, dorme porque toma medicação para tal. Sente tensão muscular que segundo este lhe causa perda de audição. Tem dificuldades auditivas.

*3ª Dimensão – Apoio Social* - Casado, vive com a mulher e um filho solteiro em casa própria. Tem dois filhos (um rapaz e uma rapariga) e um neto. Não gosta do sítio onde vive. Muito raramente está sozinho. Recebe poucas visitas. A mulher e a filha são as suas confidentes. Gosta de estar com a família, a mulher e os filhos.

*4ª Dimensão – Atividade* - Trata do quintal, faz enxertos nas árvores do seu quintal e dos vizinhos que lhe pedem. Ocupa o seu tempo livre em casa e na horta.

*5ª Dimensão – Saúde Mental* - Na avaliação global da saúde mental apresenta o valor de **34** (12-60) no **QSG**, o que reflete a não existência de saúde mental. Nos itens que avaliam a depressão tem um valor de **07** (4-20) no **QSG**, o que nos indica que se encontra em depressão. No que concerne à avaliação dos acontecimentos de vida e autoestima, o indivíduo apresentou um valor de **27** (8-40) no **QSG**, o que nos pode levar a inferir que tem uma baixa autoestima e autoconceito, assim como pouco domínio sobre a sua vida pessoal, familiar e comunitária. Refere ter pouco tempo para se sentir bem. Sente-se mal. Considera que a promoção da sua saúde mental, depende de si próprio, pois segundo ele, deve deixar de se preocupar com a sua saúde e com os problemas com terceiros.

*6ª Dimensão – Envelhecimento* – “Para se envelhecer bem é indispensável estar ocupado, distrair-se, relacionar-se com os amigos”, referindo que só se pode ter um envelhecimento bem-sucedido se nos afastarmos das “maldades” dos outros e das preocupações.

*7ª Dimensão – Reforma antecipada* - Reformou-se com 55 anos a seu pedido. Já tinha completado anos de serviço. Após a reforma ficou com mais liberdade de movimentação, vai à terra com mais frequência e tem mais tempo para se dedicar às suas atividades prazenteiras (horticultura e enxertos). Após a entrada na reforma nunca mais teve saúde. A reforma é tida como uma fonte de rendimento.

*8ª Dimensão – Qualidade de vida (QV)* - Ao nível da QV no geral, o indivíduo apresenta um **score de 2** o que equivale a uma **má QV**. Trata-se de um indivíduo com família constituída, pai de filhos, sem dependência económica de terceiros. Vive diariamente em conflito com os vizinhos mais próximos por questões de ordem predial (partilhas, esgotos, ruídos, escoamento de águas, telhados...). Não se sente integrado na comunidade onde habita, não gosta do sítio onde vive e sente-se constantemente

vigiado, ameaçado e perseguido. Ao nível do **domínio psicológico** apresenta um **score** de **3**, QV regular, valor que poderá estar relacionado com todo um conjunto de crenças e rituais em que acredita. Vive diariamente com dependência da medicação e do contacto com os profissionais de saúde.

### 6.1.3 – Entrevistado 10

*1ª Dimensão - Estado de Consciência* - Indivíduo com 43 anos, com diagnóstico de Esquizofrenia. Apresenta dificuldades de memória, diz sentir-se bem, enervar-se e descontrolar-se com facilidade. Gosta de jogar à carta, ver televisão e ir à reunião das Testemunhas de Jeová.

*2ª Dimensão – Principais Queixas* - Alguma confusão no discurso, relata sentir-se bem, mas no entanto refere que é nervoso, tem tonturas, vertigens. Diz ver coisas e ouvir barulhos por vezes. Expressa ter algumas dificuldades em se orientar.

*3ª Dimensão – Apoio Social* - Solteiro, vive com o pai e com a esposa deste em casa própria. Tem uma irmã e dois sobrinhos. A mãe faleceu quando ele tinha 15 anos. Gosta do sítio onde vive. Tem sempre gente em casa, mas passa mais ou menos 6 horas por dia sozinho. Diz não ter nenhum confidente. O pai, a irmã e os sobrinhos são os seus melhores amigos. Gosta de estar com a família.

*4ª Dimensão – Atividade* - O que mais gosta de fazer é ler. Todos os dias lê, joga à carta e vê televisão.

*5ª Dimensão – Saúde Mental* - Na avaliação global da saúde mental apresenta o valor de **35** (12-60) no **QSG**, o que reflete alguma debilidade na sua saúde mental. Encontra-se em risco de entrar em depressão **10** (4-20) no **QSG**. No que concerne à avaliação dos acontecimentos de vida e autoestima, o indivíduo apresentou um valor de **25** (8-40) no **QSG**, o que nos pode levar a inferir que tem pouco domínio sobre a sua vida pessoal, familiar e comunitária. Diz sentir-se um pouco esquecido. Considera que a promoção da sua saúde mental, depende de terceiros, dos técnicos de saúde, mais especificamente dos médicos.

*6ª Dimensão – Envelhecimento* – “Envelhece-se bem e tem-se um envelhecimento bem-sucedido se tivermos cuidado com a alimentação”.

*7ª Dimensão – Reforma antecipada* - Reformou-se com 41 anos. Está consciente das razões que o levaram à reforma antecipada (doença mental). O seu quotidiano não sofreu alterações após a entrada na reforma. A reforma é vista como uma fonte de rendimento.

8ª Dimensão – Qualidade de vida (QV) - Ao nível da QV no geral, o indivíduo apresenta um **score de 3** o que equivale a uma **QV razoável**, apresentando apenas uma má QV ao nível do **domínio psicológico (score 2)**. Trata-se de um indivíduo com uma atividade na comunidade quase inexistente, apenas participando em alguns jogos de mesa e nos rituais semanais da religião que pratica. Depende economicamente da reforma e na falta desta, do pai. Muito dependente psicologicamente da presença do pai, com pouca capacidade de trabalho e de iniciativa. Solteiro sem nenhum interesse pelos indivíduos do género feminino.

#### 6.1.4 – Entrevistado 1

1ª Dimensão – Estado de Consciência - Indivíduo com 50 anos, com diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, apresenta dificuldades de memória, postura prostrada e apática. Diz sentir tristeza, falta de controlo, dependência de terceiros para os AVD's e higiene pessoal. Gosta de ver televisão – futebol e de brincar com as gatas.

2ª Dimensão – Principais Queixas - Sente-se triste, ansiosa e desmotivada. Toma medicação para dormir. Tem dores de cabeça, percas de visão, dificuldades de memória, pouca capacidade de iniciativa, dificuldades de orientação. Pouco funcional, despe-se e veste-se com dificuldade, assim como tem algumas dificuldades em se exprimir. Já teve alguns desmaios e por vezes ouve a voz do falecido marido.

3ª Dimensão – Apoio Social - Viúva, vive sozinha em casa alugada e frequenta uma IPSS, na valência de Centro de Dia. À noite fica em casa sozinha. Não tem filhos, tendo sido ama de 3 crianças durante mais de 20 anos, os quais considera por filhos. Tem pouco contacto com os vizinhos, não recebe visitas. Diz ter uma amiga com quem fala poucas vezes, pois esta está sempre ocupada com a mãe que é dependente.

4ª Dimensão – Atividade - Participa nas atividades organizadas no centro de dia que frequenta. Gosta de ouvir música brasileira. Nos tempos livres vai às compras com a irmã.

5ª Dimensão – Saúde Mental - Na avaliação global da saúde mental apresenta o valor de **27** (12-60) **no QSG**, o que nos indica a existência de doença mental. Encontra-se em depressão **08** (4-20) **no QSG**. No que concerne à avaliação dos acontecimentos de vida e autoestima, o indivíduo apresentou um valor de **19** (8-40) **no QSG**, o que nos pode levar a inferir que tem pouco domínio sobre a sua vida pessoal, familiar e comunitária. Sente-se triste. Não sabe como pode promover a sua saúde mental, mas avança que a ocupação da mente através de trabalhos manuais seria uma boa opção.

*6ª Dimensão – Envelhecimento* - Considera que para se ter um envelhecimento bem-sucedido é preciso viver com qualidade de vida; ter saúde, amigos e não perder o contato com os familiares.

*7ª Dimensão – Reforma Antecipada* - Reformou-se com 47 anos. Está consciente das razões que a levaram à reforma antecipada. Após a reforma começou a frequentar a IPSS na valência de Centro de Dia. Considera a reforma uma mais-valia, na medida em que é uma fonte de rendimento, não necessitando de estar a pedir apoio constante ao ISSS. Acho bem que a reformassem, pois considera que não tem condições físicas e psicológicas para continuar a ter uma vida ativa.

*8ª Dimensão – Qualidade de vida* - Ao nível da QV no geral, o indivíduo apresenta um **score de 2** o que equivale a uma **má QV**. Trata-se de um indivíduo com uma atividade na comunidade quase inexistente, apenas participando nas atividades promovidas pelo Centro de Dia que frequenta. Sem qualquer poder de decisão, autonomia pessoal e ou social, depende da irmã ao nível dos cuidados de higiene, medicação, organização espacial e temporal, inclusive nos contactos sociais que poderá vir a estabelecer e ou que estabelece. Vive diariamente desfasada da realidade no que se refere ao tempo e ao espaço, assim como, sob dependência da medicação agarrada a memórias de um casamento que surgiu já em idade adulta avançada, mas que lhe deixou boas recordações. Sente-se constantemente observada e avaliada nos seus comportamentos físicos e verbais. Não tem autonomia pessoal nem social.

#### 6.1.5 – Entrevistado 2

*1ª Dimensão – Estado de Consciência* - Indivíduo com 54 anos, com diagnóstico de hipocondríaca. Diz ter uma vida familiar equilibrada, sentir-se bem consigo própria. Gosta de escrever e de pintar.

*2ª Dimensão – Principais Queixas* - Diz ter um parasita no intestino, o que lhe provoca dores de cabeça, desmaios, falta de força, cansaço, perdas de visão e tonturas, mas no entanto diz sentir-se bem, pois todas estas queixas só acontecem quando o parasita lhe ataca o intestino.

*3ª Dimensão – Apoio Social* - Casada, mãe de duas filhas. Vive com o marido e as filhas, ambas solteiras em casa própria. Passa pouco tempo sozinha. Tem como confidente o marido e as filhas. Recebe visitas com frequência. A família são os seus melhores amigos. Gosta de estar com a família e amigos.

*4ª Dimensão – Atividade* - Gosta de cozinhar e de rezar. Pinta, faz artesanato, croché e cozinha. Nos tempos livres vai à internet fazer pesquisas e ao facebook.

*5ª Dimensão – Saúde Mental* - Na avaliação global da saúde mental apresenta o valor de **46** (12-60) no **QSG**, o que nos indica que tem saúde mental. Nos itens que avaliam a depressão tem um valor de **15** (4-20) no **QSG**, não estando assim em depressão. No que concerne à avaliação dos acontecimentos de vida e autoestima, o indivíduo apresentou um valor de **31** (8-40) no **QSG**, o que nos pode levar a avançar que se trata de uma pessoa com domínio sobre a sua vida pessoal, familiar e comunitária. Refere sentir-se bem, dizendo que o seu problema é físico e não mental. Diz se resolver o seu problema físico já está a promover a sua saúde mental.

*6ª Dimensão – Envelhecimento* - Para se envelhecer bem é necessário ter saúde e sentir-se bem. Para se ter um envelhecimento bem-sucedido precisamos de saúde, dinheiro para satisfazer as necessidades básicas, ter apoio moral da família, amigos e vizinhos.

*7ª Dimensão – Reforma Antecipada* - Reformou-se com 40 anos, segundo esta por negligência médica. Recusa a ideia de ter uma doença mental e de ter sido reformada por tal. Desde que se reformou ficou com mais tempos para fazer as coisas que gosta, como pintar, fazer artesanato, ler, escrever, pesquisar na internet. Pesar não concordar que a tenham reformado, considera a reforma “uma mais valia pois deixa a pessoa mais livre para se ocupar das tarefas que gosta”.

*8ª Dimensão – Qualidade de vida* - Ao nível da QV no geral, o indivíduo apresenta um **score de 3** o que equivale a uma **QV regular**. Ao nível das **relações sociais**, domínio 3 apresenta uma **boa QV** (score **4**). Trata-se de um indivíduo com uma família constituída, com uma relação conjugal no ativo. O marido e as filhas encontram-se a estudar e a trabalhar. Pessoa com uma vida pessoal e social organizada e em plena atividade. Procura os amigos, vizinhos, utiliza as novas tecnologias para estabelecer novos contatos. Recusa-se a admitir que tem uma doença mental e que necessita de apoio médico na área da saúde mental, “movendo montanhas” para solucionar os “problemas físicos que diz ter”.

### 6.1.6 – Entrevistado 3

*1ª Dimensão – Estado de Consciência* - Indivíduo com 70 anos, com diagnóstico de depressão. Manifesta dificuldades de memória. Refere doenças crónicas e queixas no estomago. Vê televisão, dorme e vai buscar a neta á escola.

*2ª Dimensão – Principais Queixas* - Verbaliza as dificuldades que já tem em conduzir e que só o faz porque tem de ir buscar a neta à escola, deixando o carro numa zona onde não há muito transito, pois o transito junto da escola faz-lhe confusão.

Tem dificuldades de memória e problemas no intestino, esófago e estômago. Toma medicação para dormir, pois tem muita dificuldade em adormecer.

3ª Dimensão – Apoio Social - Viúva, mãe de dois filhos. Vive sozinha em casa alugada. Passa muito tempo sozinha e quando precisa de desabafar fá-lo com a irmã que está no Luxemburgo. Os melhores amigos são os netos, que diz serem muito seus amigos.

4ª Dimensão – Atividade - Todos os dias vai arrumar a casa da filha. Gosta de costurar e cozinhar. Ajuda a neta a fazer os trabalhos de casa. Nos tempos livres gosta de ver televisão espanhola.

5ª Dimensão – Saúde Mental - Na avaliação global da saúde mental apresenta o valor de **42** (12-60) no **QSG**, o que nos indica que tem saúde mental. Nos itens que avaliam a depressão tem um valor de **12** (4-20) no **QSG**, estando assim na eminência de vir a desenvolver uma depressão. No que concerne à avaliação dos acontecimentos de vida e autoestima, o indivíduo apresentou um valor de **30** (8-40) no **QSG**. Parece-nos tratar-se de um indivíduo com controlo pessoal, familiar e social. Em sua opinião pode promover a saúde mental, tomando a medicação corretamente.

6ª Dimensão – Envelhecimento – “Envelhecemos bem se não estivermos dependentes de terceiros, tivermos apoio dos filhos”, ter saúde e não estar sozinha.

7ª Dimensão – Reforma Antecipada - Reformou-se com 63 anos. Ficou viúva, entrou em depressão e por isso foi reformada. Diz que estar reformado “é mau, gostava de estar a trabalhar”. Ocupa os tempos livres na lida da casa. Sente-se muito sozinha desde que se reformou.

8ª Dimensão – Qualidade de vida - Ao nível da QV no geral, o indivíduo apresente um **score de 2** o que equivale a uma **QV má**. Ao nível das **relações sociais**, domínio 3 apresenta uma **QV regular** (score **3**). Indivíduo que se viu forçada a terminar a sua atividade laboral por doença mental desenvolvida após a morte repentina do conjugue, o que ainda hoje não aceitou. Tem dois filhos e 8 netos, os quais a ocupam muitas vezes sem que seja de sua vontade. Gosta de ter tempo para si própria, mas tem alguma dificuldade em afirmar a sua vontade relativamente aos atos sociais a praticar. Ainda tem mãe, conduz, embora se sinta muito insegura, (contra a qual luta todos os dias). Cuida da sua imagem corporal, tem objetivos de vida, mas dificuldades em os colocar em prática. Está dependente da medicação para dormir e para a sua saúde física e mental.



#### 6.1.7 – Entrevistado 4

*1ª Dimensão – Estado de Consciência* - Indivíduo com 20 anos, com diagnóstico de oligofrenia. Diz sentir-se feliz, ser agressiva e pouco autónoma nos AVD's. Tem medo do desconhecido. Explica ter comportamentos de oposição com a mãe. Gosta de pintar telas, comer e descansar.

*2ª Dimensão – Principais Queixas* - Relata ter dificuldades de orientação espacial e de conjugação das peças de vestuário. Tem muitas dores menstruais. Usa de muitos conflitos com os pais e os irmãos. Queria ter um namorado.

*3ª Dimensão – Apoio Social* - Solteira, adotada por um casal com duas filhas. Vive com os pais adotivos em casa própria. Passa a manhã sozinha, não gosta dos vizinhos, não tem amigos da sua idade. Desabafa com a mãe e com a única vizinha com quem se relaciona que tem 62 anos. Gosta de estar com a irmã mais velha, considera que os melhores amigos é a família.

*4ª Dimensão – Atividade* - Gosta de comer, dormir e ver televisão.

*5ª Dimensão – Saúde Mental* - Na avaliação global da saúde mental apresenta o valor de **41** (12-60) no **QSG**, o que nos indica que tem saúde mental. Nos itens que avaliam a depressão tem um valor de **12** (4-20) no **QSG**, estando assim na eminência de vir a desenvolver uma depressão. No que concerne à avaliação dos acontecimentos de vida e autoestima, o indivíduo apresentou um valor de **29** (8-40) no **QSG**. Parece-nos tratar-se de um indivíduo com algum controlo sobre si próprio e sobre a sua vida familiar e social. Diz sentir-se bem. Apresenta como fatores promotores de saúde mental, a aprendizagem de novas coisas e ter amigos da sua idade.

*6ª Dimensão – Envelhecimento* - Diz não saber o que é envelhecimento bem-sucedido e nem o que é preciso para se envelhecer com sucesso.

*7ª Dimensão – Reforma Antecipada* - Reformou-se com 19 anos por doença mental. Considera o estar reformado uma mais valia, pois segundo esta “é uma forma de receber mesada”. Os tempos livres ocupa-os da mesma forma que antes de ser reformada.

*8ª Dimensão – Qualidade de vida* - Ao nível da QV no geral, o indivíduo apresenta um **score de 3** o que equivale a uma **QV regular**, no entanto a QV oxila muito de domínio para domínio. No domínio 1 – **físico** apresenta uma boa QV (**score 4**), nas **relações sociais** uma péssima QV (**score 1**) e ao nível do **meio ambiente** uma **má QV** (**score 2**). Trata-se de uma jovem que vive sob o domínio pessoal e social dos pais e irmãos mais velhos. Pelo fato de ter uma doença mental, não lhe é permitida uma vida social ativa nem o contato com os pares. Depende da família em todas as áreas. A

família, pais e irmãos não confiam nela enquanto pessoa, considerando-a uma pessoa doente e sem capacidade de autodomínio sobre si própria e sobre os seus atos.

### 6.1.8 – Entrevistado 5

*1ª Dimensão – Estado de Consciência* - Indivíduo com 40 anos, com diagnóstico de Esquizofrenia. Revela muita desorientação no tempo. Diz sentir-se mal, indiferente, apática, ter falta de iniciativa e de motivação. Profere ter baixa autoestima e sentir-se feia. Está desmotivada para as atividades do dia-a-dia. A única coisa que lhe desperta interesse são as filhas.

*2ª Dimensão – Principais Queixas* - Diz estar tudo mal com ela. Está sempre ansiosa, com dores de cabeça e nas costas. Muitas dificuldades de memória e de cálculo.

*3ª Dimensão – Apoio Social* - Divorciada. Mãe de duas filhas, estando a mais velha institucionalizada. Vive com a mãe e a filha mais nova em casa alugada. Mantém uma relação de indiferença com os vizinhos, diz não os conhecer. Não tem ninguém com quem falar. Passa mais ou menos três horas sozinha por dia. Não tem amigos, só gosta de estar com as filhas.

*4ª Dimensão – Atividade* - Gosta de estar com a filhas, ouvir música. A sua vida são tempos livres permanentes.

*5ª Dimensão – Saúde Mental* - Na avaliação global da saúde mental apresenta o valor de **26** (12-60) no **QSG**, o que é um indicador de doença mental. Nos itens que avaliam a depressão tem um valor de **6** (4-20) no **QSG**, estando assim em depressão. No que concerne à avaliação dos acontecimentos de vida e autoestima, o indivíduo apresentou um valor de **20** (8-40) no **QSG**. Parece-nos tratar-se de um indivíduo com fraco controlo da sua vida pessoal, familiar e social. Refere sentir-se mal e considera que pode promover a sua saúde mental se for feliz e arranjar um namorado com dinheiro.

*6ª Dimensão – Envelhecimento* - Um envelhecimento bem-sucedido é aquele em que as marcas do tempo não surgem “as Rugas”. Para envelhecer com sucesso é necessário ter saúde e manter uma boa aparência física, manter-se bonita.

*7ª Dimensão – Reforma Antecipada* - Reformou-se com 30 anos por doença mental. Considera o estar reformado uma mais valia pois é uma fonte de rendimento.

*8ª Dimensão – Qualidade de vida* - Ao nível da QV no geral, o indivíduo apresente um **score de 2** o que equivale a uma **má QV**. Trata-se de um indivíduo sem motivação, interesse objetivos na vida. Os seus contatos sociais limitam-se ao contato

com os técnicos de saúde, contatos a que se opõe com frequência. Manifesta uma preocupação excessiva pela aparência física, reportando-se à sua imagem corporal de quando tinha 18 anos. Está estagnada no tempo e no espaço. Não tem interesse por nada nem por ninguém. Limita-se a tratar das filhas com a ajuda da mãe com a qual mantém uma relação muito conflituosa.

### 6.1.9 – Entrevistado 8

*1ª Dimensão – Estado de Consciência* - Indivíduo com 47 anos, com diagnóstico de Bipolar. Tem dificuldades de memória. A vida familiar é horrível. Tem dificuldades físicas de mobilidade e funcionalidade, tratando apenas da sua higiene pessoal e de assegurar a sua presença nas consultas de agendas, mesmo assim sente-se bem consigo própria.

*2ª Dimensão – Principais Queixas* – Diz estar tudo bem consigo, apenas estando mal o que está à sua volta. Tem tido princípios de desmaios. Os problemas visuais e auditivos têm vindo a agravar-se com a idade. Tem bronquite asmática, falta de ar e muita dificuldade em se despir e despir, pois tem peso em excesso. Diz não ter dinheiro para fazer face à sua capacidade de iniciativa.

*3ª Dimensão – Apoio Social* - Casada, mas aguarda que o marido lhe dê o divórcio. Mãe de um filho. Vive com o marido, mas apenas porque não tem para onde ir em casa alugada. Não gosta do sítio onde vive. Passa todo o dia sozinha, não tem ninguém com quem falar nem a quem recorrer. Os seus melhores amigos são os técnicos de saúde.

*4ª Dimensão – Atividade* - Gosta de dar uma caminhada pela manhã, ler e ouvir música. Nos últimos tempos diz ter aproveitado muito mal os tempos livres.

*5ª Dimensão – Saúde Mental* - Na avaliação global da saúde mental apresenta o valor de **38** (12-60) no **QSG**, o que é um indicador de doença mental. Nos itens que avaliam a depressão tem um valor de **4** (4-20) no **QSG**, estando assim em depressão. No que concerne à avaliação dos acontecimentos de vida e autoestima, o indivíduo apresentou um valor de **34** (8-40) no **QSG**. Indivíduo com controlo deficitário sobre a sua vida pessoal, familiar e social. Diz sentir-se bem referindo que a promoção da sua saúde mental passa por voltar à universidade sénior e à piscina.

*6ª Dimensão – Envelhecimento* - Um envelhecimento bem-sucedido é viver com qualidade de vida, em paz e com alguma felicidade. Para envelhecer com sucesso é necessário o marido dar-me o divórcio.

*7ª Dimensão – Reforma Antecipada* - Tem 47 anos e está a tentar que a reformem por doença mental, pois considera que não tem condições físicas e psicológicas para trabalhar, por isso acha que deve ser reformada por invalidez. Considera ser reformada aos 47 anos uma situação muito triste.

*8ª Dimensão – Qualidade de vida* - Ao nível da QV no geral, o indivíduo apresenta um **score de 2** o que equivale a uma **má QV**. Vive uma relação conjugal à beira da rutura resultante da doença mental que desenvolveu, não sendo esta compreendida e aceite pelo cônjuge, nem pelo filho. Muito limitada fisicamente derivado aos problemas de saúde física e da obesidade mórbida de que é portadora, desenvolvidos após o desencadeamento da doença mental. Muito desorganizada a nível pessoal e social, mas com objetivos de vida bem definidos e motivação para a concretização dos mesmos. Dependente da medicação e dos cuidados médicos diários. Dependente economicamente do conjuge. Os amigos e a família mais próxima encontra-se longe o que a deixa isolada e desprotegida de apoio social de qualidade.

#### **6.1.10 – Entrevistado 9**

*1ª Dimensão – Estado de Consciência* - Indivíduo com 57 anos, com diagnóstico de Depressão. Muitas dificuldades de orientação e organização espaço-temporal e de memória. Sente-se doente, cansada e triste. A vida familiar podia ser melhor, preocupa-a a situação conjugal da filha. Faz a lida da casa, ajuda a filha, toma conta dos netos. Gosta muito de passar a ferro e caminhar.

*2ª Dimensão – Principais Queixas* - Sente-se cansada e triste. Tem dores de cabeça, tonturas e só está bem de olhos fechados. Descontrola-se com facilidade. Tem muitas dificuldades de concentração e falta de motivação.

*3ª Dimensão – Apoio Social* – Mantem boa relação com os vizinhos, gosta do sítio onde vive e nunca está sozinha. Vive com o marido em casa própria. Mãe de uma filha. A irmã mais nova que está no estrangeiro é a sua melhor amiga, com quem fala quando necessita de desabafar.

*4ª Dimensão – Atividade* - Gosta de passar a ferro e de fazer trabalhos manuais. Gosta de passear. Nos tempos livres faz croché.

*5ª Dimensão – Saúde Mental* - Na avaliação global da saúde mental apresenta o valor de **26** (12-60) no **QSG**, o que é um indicador de doença mental. Nos itens que avaliam a depressão tem um valor de **7** (4-20) no **QSG**, estando assim em depressão. No que concerne à avaliação dos acontecimentos de vida e autoestima, o indivíduo apresentou um valor de **19** (8-40) no **QSG**. Parece-nos estar na presença de um

indivíduo sem controlo e sem domínio sobre a sua vida pessoal, familiar e social. Refere sentir-se triste e aborrecida. Considera que a ter saúde é o fator principal na promoção da saúde mental.

*6ª Dimensão – Envelhecimento* - Um envelhecimento bem-sucedido é termos saúde e os nossos familiares diretos também. Para se envelhecer com sucesso é necessário ter saúde e os que nos rodeiam também.

*7ª Dimensão – Reforma Antecipada* - Reformou-se com 47 anos por invalidez – doença mental. Diz que o estar reformada é uma condição muito triste. Desde que se reformou “mudou tudo para pior”.

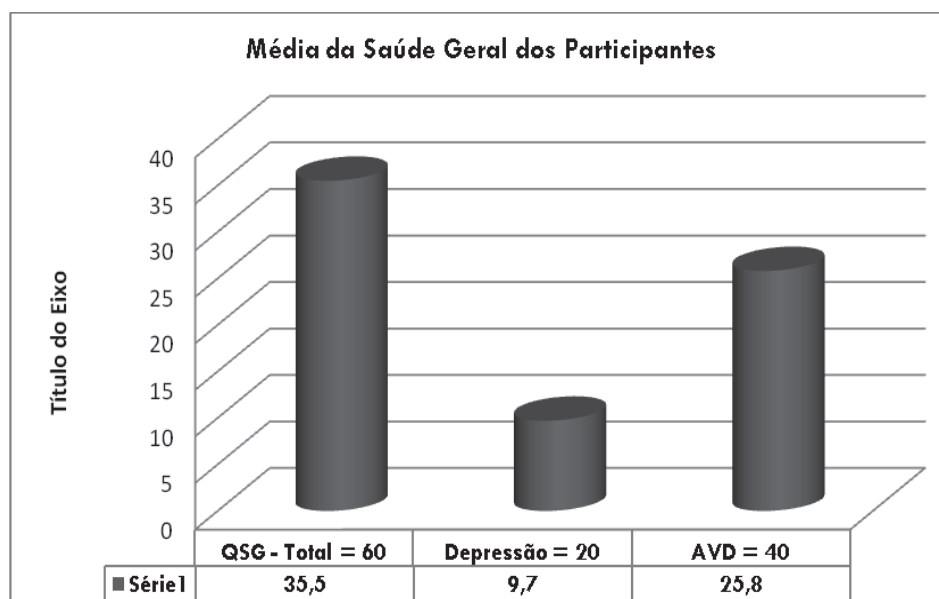
*8ª Dimensão – Qualidade de vida* - Ao nível da QV no geral, o indivíduo apresenta um **score de 2** o que equivale a uma **QV má**. Ao nível das **relações sociais**, domínio 3 apresenta uma **QV regular** (score 3). Indivíduo que se viu forçado a terminar a sua atividade laboral por doença mental desenvolvida após uma intervenção cirúrgica negligenciada. Após a intervenção cirúrgica viu-se limitada nos deslocamentos por problemas ao nível dos membros inferiores. Mantém uma boa relação com o conjugue, o qual lhe dá estabilidade emocional e familiar, no entanto o problema físico que adquiriu após cirurgia, limita-a fisicamente e fá-la ter dificuldades em manter a sua saúde mental. Outro aspeto que contribui para a ausência de saúde mental são os problemas conjugais da sua filha única, com a qual mantém um contato e apoio diário. Tem motivação e interesse por vários aspetos, no entanto não consegue lidar com a situação de se ver limitada fisicamente por negligência médica.

## 6.2 – Reforma antecipada e qualidade de vida

Após a descrição dos dados recolhidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação, parece-nos ter reunidas as condições para analisar os mesmos, de forma a podermos responder aos objetivos do projeto de investigação.

Quanto ao primeiro objetivo que era conhecer **como foi aceita o diagnóstico de doença mental**, verificamos pelas respostas dos 10 participantes, que todos eles à exceção de um, aceitam a doença como uma condição assumida, sem que se possa agir sobre a mesma de forma a atenuar a sua gravidade e ou incidência.

Relativamente à **identificação da saúde geral do doente mental**, verificámos que em média, (**ver gráfico 1**), os participantes não apresentam boa saúde mental, obtendo-se um valor de **35,5 pontos**.

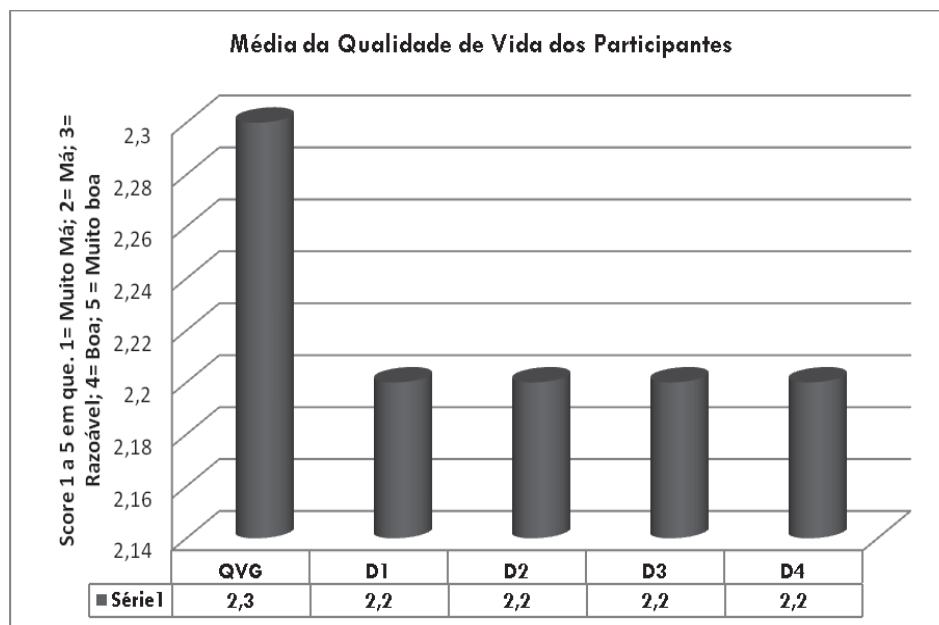


**GRÁFICO 1**

Ainda ao nível da *saúde mental geral*, verificamos que em média os participantes encontram-se em depressão (**9,7 pontos**), conseguindo no entanto obter um valor aceitável no que concerne à avaliação dos acontecimentos de vida e autoestima, a média dos indivíduos é de **25,8 pontos**. Estes valores são compreensíveis na medida em que todos os participantes têm um diagnóstico de doença mental e se encontram em tratamento e seguimento clínico. No que diz respeito as *estratégias de coping desenvolvidas na vivência com o diagnóstico de doença mental e a condição de reformado por invalidez*, estas não foram muitos perceptíveis por parte do investigador. Todos os participantes em geral parecem ter adotado uma postura de aceitação apática e impotente face ao diagnóstico de doença mental e à reforma por invalidez que lhe foi atribuído, numa fase das suas vidas em que não eram possuidores de saúde mental, o que certamente invalidou a sua capacidade de crítica, de oposição e de discussão relativamente ao diagnóstico que lhe foi feito, ou seja foi uma decisão na qual eles assumiram uma posição nula. Procurando perceber de acordo com a informação recolhida, qual o *apoio social com que o indivíduo contou na fase de adaptação ao diagnóstico de doença mental e de reformado por invalidez*, verificámos que o maior apoio social foi dado pelos profissionais de saúde e pelos técnicos superiores de serviço social relativamente aos apoios sociais de que podem usufruir na participação da medicação, taxas moderadores, apoio nos transportes e/ou subsídio de transportes para deslocação a consultas regulares enquanto portadores de doença crónica. Relativamente ao apoio social prestado pela família, verificámos que a maioria perdeu o apoio social dos amigos, vizinhos, cônjuges, filhos e outros, uma vez que a doença mental não é entendida pela família como uma doença, mas sim como um conjunto de

comportamentos disruptivos que têm de ser punidos, ficando a maioria a viver com os progenitores ou então sozinhos.

No que respeita à *aceitação da reforma antecipada por invalidez*, verificámos que todos os participantes, à exceção de um entendem a reforma como uma fonte de rendimento e como uma mais-valia para a sua autonomia pessoal e social. Da informação recolhida junto da amostra clínica do estudo, verificámos que a reforma não é entendida no geral como um problema, mas sim como uma condição de vida que permite ao indivíduo ter tempo para se dedicar às atividades que lhe dão prazer. Relativamente à *qualidade de vida* (QV) dos participantes no estudo, verificámos pela análise do *gráfico 2* que possuem em média *uma má qualidade de vida*, a qual se confirma quando se avalia a QV nos vários domínios, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.



**GRÁFICO 2**

Face ao exposto podemos ainda verificar que os indivíduos avaliados não apresentam motivação intrínseca, condição física e psicológica para integrarem atividades sociais de caráter profissional e ou recreativo e ou de lazer. São indivíduos, tímidos, reservados, com baixa auto-estima, com um nível de concentração extremamente baixo, com elevado alheamento do ambiente que os rodeia, assim como uma desorientação generalizada a nível espacial e temporal. Têm dificuldades em satisfazer as suas necessidades básicas ao nível da alimentação, higiene, cuidados pessoais e relações pessoais e sociais. São detentores de um sentimento de inferioridade face aos que os rodeiam, pois consegue fazer a comparação entre a sua condição física, psicológica e social antes e depois da doença mental diagnosticada. A *entrada na reforma* não lhes

trouxe alterações à sua vida habitual, uma vez que esta já sofreu alterações significativas após o diagnóstico de doença mental; a reforma funciona como uma forma de “camuflar” os handicaps inerentes à doença mental, os quais na pessoa reformada são aceites e compreendidos pela sociedade.

Fazendo uma análise dos dados por género, verificamos que ambos os géneros apresentam dificuldades de orientação e organização espaço-temporal e de memória. Os homens apresentam menos queixas generalizadas que as mulheres, estão socialmente mais acompanhados e ocupados que o género feminino. No que diz respeito à atividade ambos os géneros têm atividades prazenteiras, procurando os homens atividades mais de cariz social. Os homens consideram que a promoção da saúde mental está dependente de terceiros; as mulheres referem que a promoção da saúde mental está mais dependente da sua ação dentro e fora de “casa”, ou seja está dependente das alterações provocadas pelo próprio indivíduo no seu comportamento e atitude face ao dia-a-dia. A opinião é unanime quando se fala de envelhecimento bem sucedido, ou seja todos os participantes referem que para se envelhecer com sucesso, é necessário apoio familiar, social e saúde física. No geral a reforma antecipada é tida como um fator positivo na vida da pessoa com doença mental, na medida em que é uma fonte de rendimento e de autonomia social.



## **7 – PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO EM HOSPITAL DIA**

Considerando os entrevistados deste estudo, verificamos que todos eles apresentam uma grande dependência física e psicológica dos técnicos de saúde. Esta dependência deve-se muito provavelmente à má qualidade de vida que exibem e a uma saúde geral debilitada. Considerando que este tipo de população apresenta alguma relutância na frequência de atividades fora de ambientes desprotegidos, ou seja em ambientes onde não se sentem compreendidos e aceites (como podemos observar pela análise dos resultados), dificuldades ao nível da mobilidade física e de reintegração na sociedade, parece-nos pertinente a criação de um serviço em espaço hospitalar – Hospital Dia - que lhe proporcione, simule uma “comunidade integrante”, de forma a capacita-los das competências físicas, psicológicas e sociais que até então perderam ou que ainda não adquiriram, que lhes permita a integração/ reintegração na comunidade envolvente.

### **7.1 – Objetivo do projeto**

A implementação deste projeto tem como objetivo a promoção da qualidade de vida dos participantes no estudo, sendo abrangente a outros indivíduos adultos com diagnóstico de doença mental reformados ou não por invalidez. A promoção da qualidade de vida terá maior incidência nos domínios físicos e psicológicos, de forma a capacitar os indivíduos de aptidões / competências que lhes permitam aumentar a autoestima, motivação e autoconfiança de forma a capacitá-los para a promoção autónoma da qualidade de vida no domínio das relações sociais e meio ambiente.

### **7.2 – População alvo**

O projeto destina-se a todos os participantes no estudo, assim como a outros adultos com diagnóstico de doença mental que se encontrem em igual circunstância dos entrevistados.

### **7.3 – Local e implementação**

O projeto poderá ser implementado em contexto de Hospital Dia, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) - Serviço de Psiquiatria Geral (SPG) da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) – Beja, que sejam encaminhados para o

serviço de Hospital Dia do DPSM. Serão aceites até 12 participantes por cada atividade, podendo ser criados vários grupos na mesma atividade.

#### **7.4 – Duração**

O projeto terá uma duração inicial de 6 meses, podendo a mesma ser prorrogada de acordo com as necessidades apresentadas pelos participantes. Os utentes terão uma participação semanal nas atividades que escolherem, com uma duração entre 40 a 90 minutos por atividade.

#### **7.5 – Atividades a implementar**

No serviço de Hospital Dia, irão ser desenvolvidas um conjunto de atividades de reabilitação física, psicológica e social, de entre as quais destacamos:

- Reabilitação Aquática;
- Equitação Terapêutica;
- Gerontomotricidade;
- Atelier de Expressões Plásticas;
- Atelier de Teatro;
- Atelier de Cozinha;
- Atelier de AVD's
- Terapia familiar por patologia;
- Grupos Terapêuticos por patologia.

Os utentes encaminhados para o serviço de Hospital Dia terão opção de escolha de acordo com os seus interesses, motivações e necessidades.

#### **7.6 – Avaliação**

Será feita uma avaliação inicial de todos os participantes através da aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação:

- *Questionário de Saúde Geral* (GOLDBERG,1978) - Versão Portuguesa, FARIA, 1999.

- WHOQOL-BREF – (versão portuguesa) (Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho e Carona, 2006)
- Avaliação da satisfação dos participantes na atividade (Documento a criar pelo serviço e em equipa pluridisciplinar).

Após 6 meses de intervenção, (será contabilizado o número de faltas) será feita nova avaliação com a passagem dos mesmos instrumentos de avaliação.

### 7.7 – Cronograma

<b>Setembro 2013</b>	- Avaliações iniciais; - Constituição dos grupos; - Definição do plano de intervenção por grupo
<b>Outubro 2013</b>	Intervenção
<b>Novembro 2013</b>	Intervenção
<b>Dezembro 2013</b>	Intervenção
<b>Janeiro 2013</b>	Intervenção
<b>Fevereiro 2013</b>	- Reavaliação - Reconstituição dos grupos; - Redefinição do plano de intervenção por grupo; - Avaliação de viabilidade de continuidade

## **8 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES NO ESTUDO**

Envelhecer não é sinónimo de desenvolver doença mental, mas desenvolver doença mental pode levar a um envelhecimento precoce a nível físico, psíquico e/ou social.

Quando dizemos que a doença mental pode levar ao envelhecimento precoce, queremos apenas reforçar um fato que este estudo nos permitiu observar; o indivíduo com doença mental, independentemente da sua idade cronológica, apresenta todo um conjunto de características físicas, psicológicas e sociais que em tudo se igualam a um envelhecimento mal sucedido. No doente mental assiste-se ao declínio físico dos sete fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção de corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina) os skills motores perdem-se gradualmente, o equilíbrio, coordenação e dissociação de movimentos finos e grosseiros, as dificuldades ao nível da mobilidade e da autonomia nas atividades de vida diária e nos movimentos básicos, que nos permitem ser independentes. Psicologicamente aparecem os medos, as dificuldades de adaptação às adversidades do quotidiano, os traumas, as percas a insegurança física, emocional e familiar. Socialmente o indivíduo com doença mental vê aos poucos o surgir do isolamento social, o afastamento dos amigos, da família, a perda do emprego, a não-aceitação da comunidade envolvente dos comportamentos e atitudes que agora são o seu cartão-de-visita. Surgem as dificuldades ao nível da participação em atividades recreativas e de lazer, a ocupação dos tempos livres acaba por acontecer de forma isolada e não participativa, em casa a ver televisão.

A realização deste estudo permitiu-nos o confronto com uma realidade comum ao chamado “velho” e ao “doente mental”, a discriminação de quem apresenta dependência de terceiros, seja ela de cariz físico, psíquico e/ou social.

Através deste estudo podemos verificar que os indivíduos não têm medo de envelhecer, nem consideram o envelhecimento uma má fase do desenvolvimento do ser humano; o envelhecimento é entendido e aceite como uma fase natural do processo evolutivo do homem, todos nós crescemos, vivemos, envelhecemos e morremos.

Tal como o envelhecimento, a entrada na reforma é entendida como um aspeto positivo da vida do homem, pois para além de ser visto como uma garantia a nível económico, é desfrutada como uma mais valia para a ocupação do tempo em qualidade e em quantidade com atividades prazenteiras.

A qualidade de vida de acordo com a investigação realizada, é entendida como uma arte de combinar os fatores físicos psíquicos e sociais, que são o resultado de um

equilíbrio entre as três vertentes do desenvolvimento, permitindo ao indivíduo, envelhecer e viver com doença mental mas com qualidade de vida.

Podemos então inferir deste processo de investigação que a reforma antecipada não condiciona a qualidade de vida do indivíduo com doença mental, pelo contrário é entendida como uma mais-valia na qualidade de vida nos domínios sociais e ambientais. Em síntese, é premente a reintegração de todos aqueles que por envelhecimento natural, doença mental precoce, reforma antecipada por invalidez, vêm o seu processo de envelhecimento e ou a sua vida barrada, os seus sonhos desmoronarem-se, fechando-se no seu canto, no seu mundo. É inadiável o levantamento das necessidades de todos os “velhos”, “doentes mentais”, “reformados por invalidez” enquanto pessoas, que devem integrar a comunidade onde se inserem, torna-las ativas, levá-las a voltar a sonhar, deixar que voltem a ser “Pessoas”, através da implementação de um serviço direcionado para a população idosa com doença mental e ou reformada por antecipação por falta de saúde, física, psíquica ou social. Se em todos os atos profissionais do homem fosse tido em conta que a doença mental acontece a qualquer um, não escolhe hora idade, classe social, e que o envelhecimento é uma condição inerente a todo o ser vivo, o fruto da nossa atividade laboral de certo, tenderia para um mundo onde prevalecia a qualidade de vida.

## BIBLIOGRAFIA

- AGOSTINHO, P. (2004) “*Perspetiva Psicossomática do Envelhecimento*”, Revista Portuguesa de Psicomotricidade, v.6, n.1.
- ARCE, José L. I. (1999) *Inteligência Emocional no Idoso*, Rede Latino-Americana de Gerontologia (RLG). Disponível em: <http://noelizapsy.livejournal.com/>. Novembro 2009.
- ATCHLEY, R. - Retirement. In BIRREN, J. (1996) - *Encyclopaedia of gerontology*. San Diego: Academic Press, 1996. ISBN 978-0-12-370530-3 . Vol 2. p.423-454.
- BALTES, P. (1987) – “*The Principles of Developmental Psychology 1987*”, Vol. 23, No. 5, 611-626 .Copyright 1987 by the American Psychological Association, Inc.
- BENNET, P. e Murphy, S.,(1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*, 1ª edição,. Climepsi. Lisboa.
- CALASANTI, T (1996). *Gender and life satisfaction in retirement: an assessment of the male model*. Journal of Gerontology: Psychological Sciences. ISSN 1413-7372. Vol 51, n.º 1, p.18-29.
- CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro (1998), *Metodologia da Investigação-Guia para a auto-aprendizagem*, Lisboa, Universidade Aberta, ISBN: 972-674-231-5, p353.
- CONSTANÇA, P. (2012) – *Entrevista para a Revista “Saúde em Portugal”* - Abril 2012.
- CORREIA P. P., ESPANHA M., BARREIROS J., (1999) “*Simpósio Envelhecer Melhor Com a Atividade Física*”, FMH edições, Departamento de Ciências da Motricidade. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004) - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas* N.º: 13/DGCG de 02/07/04.
- DRAGO, Susana & Martins, Rosa (2012). *A Depressão no Idoso*. Millenium, (junho/dezembro). Pp. 79-94.
- FARIA, (2012) in *Censos 2011*, referenciados ao dia 21 de Março de 2011.
- Faria, e al, (2012) - *Teste de Avaliação Neuropsicológica – Entrevista Semi-Estruturada sobre Saúde mental e Bem-estar em Gerontes*.
- FARIA, J.M. (2002). “*Gerontomotricidade na melhora da qualidade de vida*” Disponível em; <http://www.avm.edu.br/monopdf/7/JANE%20MOREIRA%20FARIA.pdf>. Novembro 2009.
- FARIA, M.C. (2000) *Comunicação e Bem-Estar no Limiar Do Século XXI, Conhecer Através da Relação e Orientar para a Saúde*. Tese de doutoramento em Psicologia, na área de especialização em Psicologia da Saúde, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. (tese n.p.)

FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING – Related Statistics (2000), *Older Americans 2000: Key Indicators of Well-Being*, Washington, DC, V.S. Government Printing Office.

FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING – Related Statistics (2000), *Older Americans 2000: Key Indicators of well-Being*, Washington, DC, V.S. Government Printing Office.

FLECK, M. P. A. (2000). *O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.

FONSECA, A. (2005) - *Desenvolvimento humano e o envelhecimento*. *Manuais Universitários 35*. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-156-8.

FONSECA, A. (2004) - *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2004b. ISBN 972-54-0099-2.

FONSECA, A.(2004) - *Uma abordagem psicológica da “passagem reforma”*. Tese de doutoramento realizada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto, 2004<sup>a</sup>.

FONSECA, A. & PAÚL, C. (2004). *Saúde percebida e passagem à reforma*. > *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 17-29

FONSECA, A. (2005). “*Psicologia Desenvolvimental do ciclo de vida e adaptação ao envelhecimento*”. In A. Fonseca, *Desenvolvimento humano e envelhecimento* pp. 77-113). Lisboa: Climepsi Ed.

FONSECA, A. (2005). “*O envelhecimento bem sucedido*”. In C. Paul e A. Fonseca. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Ed.

FONSECA, A. (2005). “*Transição e Adaptação*”. In A. Fonseca, *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento* (pp.161-186). Lisboa: Climepsi Ed.

FONSECA, A; PAÚL, C. (2002) - *Adaptação e validação do “Inventário de satisfação com a reforma ”para a população portuguesa*. *Psychologica*. ISSN 0871-4657. N.º29 (2002). p.169-180.

FONSECA, A; PAÚL, C. (2004) - *Saúde percebida e “passagem à reforma”*. *Psicologia Saúde & Doenças*. ISSN 1654-0086. Vol 5, n.º1(2004), p. 17-29.

FONTAINE, R. (2000). “*Psicologia do Envelhecimento*”. Lisboa: Climepsi Ed.

FORTIN, Marie Fabienne (1999), *O processo de investigação- Da conceção à realização*, Loures, Lusociência- Edições Técnicas e Científicas L<sup>da</sup>, ISBN: 972-8383-10-X, p388.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro (1998), *Metodologia da Investigação-*

Guia para a auto-aprendizagem, Lisboa, Universidade Aberta, ISBN: 972-674-231-5, p353.

GOLDBERG, 1978 – *Questionário de Saúde Geral* – Versão Portuguesa, Faria, 1999;

GONCALVE, Daniela, MARTIN, Inácio, GUEDES, Joana et al. (2006) “Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas”. *Psic., Saúde & Doenças*, 2006, vol.7, no.1, p.137-143. ISSN 1645-0086.

HARTER, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.

HEIKKINEN, R.,(1998). *The role of physical ctivity in healthy ageing*. World Health Organization – Ageing and Health Programme.

IRIGARAY T. Q., SCHNEIDER R. H., (2007) “Características da personalidade e depressão em Idosas da Universidade para a Terceira Idade”, *Revista Psiquiatria R.S*; 29(2).

IRIGARAY T. Q., SCHNEIDER R. H., (2007) “Características da personalidade e depressão em Idosas da Universidade para a Terceira Idade”, *Revista Psiquiatria R.S*; 29(2).

JOSÉ H. ORNELAS *Análise Psicológica* (2007), 1 (XXV): 5-11 *Psicologia Comunitária - Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental*.

LEI DE BASES DA SEGURANÇA SOCIAL - Lei n.º 32/2002 de 20 de Dezembro.

LIMA, Maurício Silva de; TASSI, Juliana; NOVO, Ingrid Parra and MARI, Jair de Jesus. (2005) *Epidemiologia do transtorno bipolar*. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2005, vol.32, suppl.1, pp. 15-20. ISSN 0101-6083.

LIVRO VERDE (2005) - *Melhorar a saúde mental da população - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia* – EU.

LOUREIRO, H (2011) – “*Cuidar na Entrada na Reforma*”: uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias – Universidade de Aveiro.

MATOS, M.,Simões, C.,Carvalhosa, S.,Reis, C.,& Canha, L.,(2000).*A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: Edições FMH

MAXIMIANO J. (2008) “*Avaliação da Imagem Corporal e Depressão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca*”, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

MIDANICK, L.T.; Soghikian, K.; Ransan, L.I., e col. (1995), “*The effect of retirement on mental health and health behaviors: The Kaiser Permanet Retirement Study*”, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 50, pp. 559-561.



- MISHARA ET RIEDEL (1984). *Le vieillissement*, Paris, Presses universitaires de France. 1984, p. 68.
- ASCENSÃO, M. (2011) – *Mestrado Integrado em Psicologia* - (Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica da Saúde e da Doença).
- MORAIS, I. (2008) “O Idoso”. *Revista Saúde & Lar*, nº 728, Junho 2008.
- MOREIRA, P., (2004). *Para uma Prevenção que Previna*, 3ª edição, Quarteto. Coimbra.
- OGDEN, J., (1999). *Psicologia da Saúde*, 1ª edição, Climepsi. Lisboa.
- OMS (2004) - *Europa: Avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010*.
- OMS (2001) – *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001*. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança.
- ORNELAS, J. (1997), *Análise Psicológica* nº3 série XV, Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Lisboa
- OSÓRIO, A.e Pinto, F., (2007). *As Pessoas Idosas, contexto social e intervenção educativa*, Instituto Piaget. Lisboa.
- PALÁCIOS, J. (2004). “*Mudanças e Desenvolvimento durante a Idade Adulta e a Velhice*”. In C. Coll, A. Marchesi e A. Palácios, *Desenvolvimento Psicológico e Educação* (pp.371-388). Porto Alegre: Artmed Ed.
- PAÚL, C., Fonseca, AM, Martin, I. e Amado, J. (2005) - *A satisfação e a qualidade de vida: um estudo em idosos Portugueses*. In C Paúl e AM Fonseca, (Eds) 2005, *Envelhecer em Portugal, Psicologia Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi.
- PAÚL, Constança (2005), - *Envelhecimento ativo e redes de suporte social*. *Revista de Sociologia da Faculdade do Porto*, 15, 275-287.
- PEREIRA B. (2004) “*Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor – da quantidade à qualidade*”, *Revista Portuguesa de Psicomotricidade*, n.4.
- PEREIRA, Eliane Regina e MAHEIRIE, Kátia. (2011) - *O aprender circense como experiência de ser*. *Psicol. educ.* [online]. 2011, n.33 [citado 2013-04-26], pp. 135-151.
- PNSM (2008) – *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*, da Coordenação Nacional para a Saúde Mental de Julho de 2008 – Alto Comissariado da Saúde.
- PROTESTE (2013) – *Revista “Teste Saúde”* nº 101 de Fevereiro/Março 2013, págs. 10-14 – Edições Deco proteste.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOLDT, Luc Van (2003), *Manual de Investigação em Ciências Sociais- Trajetos*, Lisboa, Gradiva- Publicações Lda, 3ªed, Depósito legal nº 202118/2003, p282.

- REGIER, D.A.; Boyd, J.H.; Burke, J.J. e col, (1988), *One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area Sites*, Arch Gen Psychiatry, 45, pp. 977-986.
- REVISTA PORTUGUESA DE PSICOSSOMÁTICA, Janeiro-Junho, año (2006)/vol.6, numero 001. Sociedade Portuguesa de Psicossomática. Porto Portugal, pp. 31-36.
- ROBERTS, J L. (1998) *Terminology*. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1998.
- ROGERS, B. (1997) - *Enfermagem no trabalho*. Loures: Lusociência, 1997. ISBN 972-8383-03-7.
- ROSENKOETTER, M; GARRIS, J. (1998) - *Psychosocial changes following retirement*. Journal of Advanced Nursing. ISSN 0309-2402. Vol. 27, n.º 5 (1998). p. 966-76.
- SANTOS, I (2013) – *Plano de Ação do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – 2013 da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo de Beja 2013*.
- SARDINHA, Maria Leonor (2008), - *Qualidade de vida em idosos institucionalizados*, Tese de Mestrado em Psicologia. Coimbra: Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra.
- SILVA, S. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos*. Tese de Mestrado, submetida à, Faculdade de Ciências Humanas e sociais, da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- SQUIRE, A., (2005). *Saúde e bem estar para pessoas idosas – fundamentos para a prática*. Lusociência. Loures.
- VANDENPLAS-HOLPER, C. (1998). *Le développement psychologique à l'âge adulte et pendant la vieillesse. Maturité et sagesse*. Paris: Presses universitaires de France.
- ZIMMERMAN G. I. (2000) "Velhice Aspectos Biopsicossociais", Artmed Editora, São Paulo;
- ZIMMERMAN G. I. (2000) "Velhice Aspectos Biopsicossociais", Artmed Editora, São Paulo.

## SITES

[www.leticiadeoliveira.com.br/duvidas-pdf/Hipocondria.pdf](http://www.leticiadeoliveira.com.br/duvidas-pdf/Hipocondria.pdf).

[www.mentalhealthscreening.org/screening/resources/pdf/nimh%20Bipolar%20\(brochure\).pdf](http://www.mentalhealthscreening.org/screening/resources/pdf/nimh%20Bipolar%20(brochure).pdf).

[www.online24.pt/idade-da-reforma-em-portugal/](http://www.online24.pt/idade-da-reforma-em-portugal/).

[www.online24.pt/pensao-de-velhice/](http://www.online24.pt/pensao-de-velhice/).

[www.online24.pt/reforma-por-invaliddez/](http://www.online24.pt/reforma-por-invaliddez/).

[www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14.pdf).

## ANEXO 1

Pedido de autorização para utilização e aplicação do questionário de qualidade de vida - WHOQOL-BREF (Versão Portuguesa), 2006.

## ANEXO 2

Instrumento de Colheita de Dados - Questionário de Saúde Geral (QSG) – Goldberg,  
1978 – Versão Portuguesa, Faria, 1999

## ANEXO 3

WHOQOL-BREF - (versão portuguesa), Canavaro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho e Carona, 2006.

## ANEXO 4

Teste de Avaliação Neuropsicológica – Entrevista Semi-Estruturada sobre saúde mental e bem-estar em gerentes (Faria, e al, 2012).

## ANEXO 5

Análise de Conteúdo dos dados recolhidos através da aplicação do instrumento – Teste de Avaliação Neuropsicológica e QSG.

## ANEXO 6

Análise dos dados recolhidos através da aplicação do instrumento WHOQOL-BREF.



## QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL

(GOLDBERG, 1978)

Versão Portuguesa, FARIA, 1999

O conjunto de questões que vai responder, pretende saber como as pessoas se têm sentido nos últimos tempos, relativamente aos acontecimentos de vida em geral.

Para cada questão deverá escolher e assinalar com uma **(X)** uma das seguintes respostas:

1. **ABSOLUTAMENTE VERDADEIRO**
2. **VERDADEIRO**
3. **INDIFERENTE**
4. **FALSO**
5. **ABSOLUTAMENTE FALSO**

- |     |  |   |   |   |   |   |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 1.  | Ultimamente, tem sido capaz de se concentrar naquilo que faz?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.  | Tem perdido o sono por estar preocupado (a)?                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.  | Tem sentido que tem uma participação útil nos acontecimentos?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.  | Tem sido capaz de tomar decisões?                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.  | Tem-se sentido constantemente sob pressão?                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.  | Tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.  | Tem sentido prazer nas suas actividades diárias?               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.  | Tem sido capaz de enfrentar os seus problemas?                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.  | Tem-se sentido triste ou deprimido (a)?                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Tem perdido confiança em si próprio (a)?                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Tem-se considerado uma pessoa sem valor?                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Apesar de tudo, tem-se sentido razoavelmente feliz?            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

# WHOQOL-BREF



**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
<b>Domínio 1</b>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 2</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 3</b>	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 4</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

## DADOS PESSOAIS

**A1 Idade**  anos

**A2 Data de Nascimento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**A3 Sexo**  Masculino  
 Feminino

<b>A4 Escolaridade</b>	
Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
1º-4º anos	<input type="text"/>
5º-6º anos	<input type="text"/>
7º-9º anos	<input type="text"/>
10º-12º anos	<input type="text"/>
Estudos Universitários	<input type="text"/>
Formação pós-graduada	<input type="text"/>

**A5 Profissão**

<b>A6.1 Freguesia</b>	<input type="text"/>
<b>A6.2 Concelho</b>	<input type="text"/>
<b>A6.3 Distrito</b>	<input type="text"/>

<b>A7 Estado Civil</b>	
Solteiro(a)	<input type="text"/>
Casado(a)	<input type="text"/>
União de facto	<input type="text"/>
Separado(a)	<input type="text"/>
Divorciado(a)	<input type="text"/>
Viúvo(a)	<input type="text"/>

**B1a** Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

**B1b** Que doença é que tem?

**B2** Há quanto tempo?

**B3** Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

### C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado ☐
2. Assistido pelo entrevistador ☐
3. Administrado pelo entrevistador ☐

### D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

---

---

---

---

---

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**

## Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
<b>1 (G1)</b>	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>2 (G4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
<b>3 (F1.4)</b>	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
<b>4 (F11.3)</b>	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>5 (F4.1)</b>	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
<b>6 (F24.2)</b>	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
<b>7 (F5.3)</b>	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
<b>8 (F16.1)</b>	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>9 (F22.1)</b>	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
<b>10 (F2.1)</b>	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>11 (F7.1)</b>	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
<b>12 (F18.1)</b>	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
<b>13 (F20.1)</b>	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>14 (F21.1)</b>	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
<b>15 (F9.1)</b>	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>16 (F3.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
<b>17 (F10.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>18 (F12.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
<b>19 (F6.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
<b>20 (F13.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
<b>21 (F15.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
<b>22 (F14.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
<b>23 (F17.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
<b>24 (F19.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
<b>25 (F23.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<b>26 (F8.1)</b>	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

## TESTE DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

### ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA SOBRE SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR EM GERONTES

(FARIA, *et al*, 2012)

#### Entrevista Semiestruturada para realização de Anamnese

A presente entrevista tem como principal objetivo recolher informação sobre a saúde mental e o bem-estar do(a) geronte. Assim, permite realizar uma anamnese aprofundada para obter informação acerca de dados sociodemográficos e recolher informação sobre dados relativos ao historial de saúde e de dificuldades funcionais do sujeito, ao apoio social percebido, à atividade, ao estado de saúde mental e à percepção de envelhecimento.

#### PARTE I - Entrevista prévia

##### Estado de consciência do paciente

##### Orientação

- A) Como se chama? \_\_\_\_\_
- B) Idade \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_
- C) Onde nasceu? \_\_\_\_\_
- D) Que dia é hoje? \_\_\_\_\_ Em que mês estamos? \_\_\_\_\_ Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
 Que horas são? \_\_\_\_\_ O que fez hoje? \_\_\_\_\_ E ontem? \_\_\_\_\_
- Em que data se celebra o Natal? \_\_\_\_\_ E o dia da independência de Portugal? \_\_\_\_\_ Qual  
 é o dia do trabalhador? \_\_\_\_\_ E o dia da Implantação da República? \_\_\_\_\_ Onde  
 reside? \_\_\_\_\_ É casado(a)? \_\_\_\_\_ Qual a data do seu casamento? \_\_\_\_\_
- Tem filhos? \_\_\_\_\_ Quantos anos têm? \_\_\_\_\_

##### Nível Pré-Mórbido

- A) Nome da professora primária \_\_\_\_\_
- B) Em que escola estudou? \_\_\_\_\_
- C) Qual o grau académico alcançado? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_
- D) Qual foi/é a sua profissão? \_\_\_\_\_
- E) Há quando tempo desempenha/desempenhou essa profissão? \_\_\_\_\_
- F) Onde trabalhou antes? \_\_\_\_\_
- G) O que faz aos Fins-de-semana? \_\_\_\_\_
- H) O que faz durante a semana? De manhã? \_\_\_\_\_ De tarde? \_\_\_\_\_  
 E à noite? \_\_\_\_\_
- I) Que coisas despertam o seu interesse? \_\_\_\_\_

### A Atitude do Paciente face à sua Situação

- A) Como se sente? \_\_\_\_\_
- B) Onde está agora? \_\_\_\_\_ Quando chegou cá? \_\_\_\_\_
- C) Qual o nome do seu médico assistente? \_\_\_\_\_
- D) Quem sou eu? \_\_\_\_\_ Conhecia-me anteriormente? \_\_\_\_\_
- E) Descontrola-se com facilidade? \_\_\_\_\_
- F) Pode realizar bem o seu trabalho habitual? \_\_\_\_\_
- G) Tem dificuldades específicas nele? \_\_\_\_\_
- H) Como é a sua vida familiar? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Principais queixas do paciente

#### Queixas Subjetivas e Espontâneas

- A) Como se sente? \_\_\_\_\_ Sente que alguma coisa está mal consigo? (tente explicar como se sente) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Onde se localizam as suas queixas? \_\_\_\_\_
- B) Por vezes sente ansiedade? \_\_\_\_\_ Como é o seu sono normal? \_\_\_\_\_
- C) Sente demasiada fome? \_\_\_\_\_ e Sede? \_\_\_\_\_
- D) Cuida da sua imagem pessoal? \_\_\_\_\_
- E) Toma banho quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_
- F) Notou recentemente alguma mudança no seu comportamento sexual? \_\_\_\_\_

#### Queixas Generalizadas

- G) Tem dores de cabeça? \_\_\_\_\_ Pode descrever como são? \_\_\_\_\_
- Onde se localizam? \_\_\_\_\_ Esta é a sua única queixa? \_\_\_\_\_
- H) Tem tido perdas de visão? \_\_\_\_\_ Quando deu conta? \_\_\_\_\_
- I) Tem dificuldades de audição? \_\_\_\_\_ Quando começaram? \_\_\_\_\_
- J) Não tem qualquer outra queixa? \_\_\_\_\_
- K) Acredita ter perdido a sua capacidade de iniciativa? \_\_\_\_\_
- L) Sente-se mais cansado do que o habitual? \_\_\_\_\_

- M) Tem dificuldades de memória? \_\_\_\_\_ de que Tipo? \_\_\_\_\_
- N) Por exemplo: esquece-se do que lê? \_\_\_\_\_ Esqueceu-se do que aconteceu ontem? \_\_\_\_\_  
 E do que ocorreu à uma hora? \_\_\_\_\_ Usualmente custa-lhe a encontrar as palavras corretas? \_\_\_\_\_  
 Tem dificuldades em escrever? \_\_\_\_\_
- O) Esquece-se das coisas que se propõe fazer? \_\_\_\_\_

### Queixas sobre os Sintomas Específicos - Episódicos

- A) Tem tido desmaios? \_\_\_\_\_ Pode descrever as sensações ou experiências relacionados com estes acontecimentos? \_\_\_\_\_
- B) Alguma vez lhe pareceu estar a ver coisas? \_\_\_\_\_ Pode descreve-las? \_\_\_\_\_
- C) Por vezes parece-lhe que os objectos para os quais está a olhar estão a mudar de tamanho ou de forma? \_\_\_\_\_
- D) Alguma vez sentiu estar a ouvir coisas? \_\_\_\_\_ Pode descreve-las? \_\_\_\_\_
- E) Por vezes as musicas que está a ouvir transformam-se em ruídos? \_\_\_\_\_
- F) Tem sentido ou percebido sabores ou odores especiais? \_\_\_\_\_
- G) Tem sentido, percebido sensações no seu corpo? \_\_\_\_\_ Alteração do tamanho das mãos e dos braços ou de outras partes do corpo? \_\_\_\_\_

### Queixas sobre Sintomas Constantes e de Evolução Progressiva

- A) Sente que os seus sintomas (visuais, auditivos, motores) pioraram? \_\_\_\_\_
- Observações \_\_\_\_\_

### Queixas sobre Transtornos nas Funções Complexas

- A) Tem dificuldades em orientar-se? \_\_\_\_\_
- B) Tem problemas para vestir-se ou despir-se? \_\_\_\_\_
- C) Tem problemas para ler ou escrever? \_\_\_\_\_ e Com Notação Musical? \_\_\_\_\_
- Escreva com mais detalhes \_\_\_\_\_
- D) Observou mudanças na compreensão daquilo que as pessoas lhes dizem? \_\_\_\_\_ É com esforço que consegue ouvir o que é dito nas conversações \_\_\_\_\_
- E) É lhe difícil falar espontaneamente? \_\_\_\_\_ Gagueja para articular as palavras? \_\_\_\_\_ Tem problemas de pronúncia? \_\_\_\_\_
- F) Tem problemas de calculo? \_\_\_\_\_ De que tipo? \_\_\_\_\_
- Observação \_\_\_\_\_



## PARTE II - Avaliação psicológica da Saúde e Bem-estar

### Apoio Social

#### Redes de Suporte Informal – Vizinhos e Familiares

- A) Sente-se bem no sítio onde vive? \_\_\_\_\_ Sempre viveu aqui, ou onde vivia antes? \_\_\_\_\_
- B) Com quem vive? \_\_\_\_\_
- C) Que tipo de relação mantem com os vizinhos? \_\_\_\_\_
- D) Encontra-se satisfeito com as relações de vizinhança? \_\_\_\_\_

Observações : \_\_\_\_\_

#### Isolamento Social

- A) Quanto tempo passa sozinho por dia? \_\_\_\_\_
- B) Tem algum confidente com que sente que pode sempre desabafar/ partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência? \_\_\_\_\_
- C) Costuma receber visitas? \_\_\_\_\_ Quem o visita? \_\_\_\_\_ Com que frequência? \_\_\_\_\_

Observações : \_\_\_\_\_

#### Relação de Amizade

- A) Quem são os seus melhores amigos? \_\_\_\_\_
- B) Com quem gosta de estar? \_\_\_\_\_

Observações : \_\_\_\_\_

### Atividade

#### Atividades Preferidas/Prazenteiras

- A) O que gosta de fazer? \_\_\_\_\_
- B) Como ocupa os seus tempos livres? \_\_\_\_\_
- C) O que é que lhe dá mais prazer fazer no seu dia-a-dia? \_\_\_\_\_

Observações : \_\_\_\_\_

## Saúde Mental

### Auto-avaliação de Saúde e Bem-estar

Em termos de bem-estar como se sente? \_\_\_\_\_

Avaliação do Questionário de Saúde Geral (Goldberg, adaptado por Faria, 1999) \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

### Promoção da Saúde Mental

O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

## Envelhecimento

### Envelhecimento Bem Sucedido

O que é um envelhecimento bem sucedido?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem sucedido?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

## REFORMA

### Reforma Antecipada por Doença Mental

Lembra-se por que é que se reformou? \_\_\_\_\_

Quando se reformou tinha que idade? \_\_\_\_\_ Concordou que o(a) reformassem mesmo sem ter idade de reforma (65 anos)?

\_\_\_\_\_  
Como ocupa o seu tempo desde que está reformado(a)? \_\_\_\_\_

O que é para si a REFORMA? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observações principais:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico Neuropsicológico/Indicação Terapêutica

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avaliador \_\_\_\_\_;

Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO 5 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Teste: Teste de Avaliação Neuropsicológica – Entrevista Semi-Estruturada sobre Saúde Mental e Bem Estar em Gerontes (Faria, et al, 2012)

NºP	Nº	Sexo	Idade	Idade Reforma	PARTE I – ENTREVISTA PRÉVIA Estado de Consciência do Paciente		
					Orientação	Nível Pré-Mórbido	Atitude face à situação
1	1	F	50	47	Dificuldades na memória de longo prazo	Brincar com as gatas, ver TV - futebol	Tristeza, falta de controle, dependência de terceiros para os AVD's
4	2	F	54	40	Sem dificuldades	Escrever e pintar	Sinto-me bem comigo própria. Vida familiar equilibrada
5	3	F	70	63	Algumas dificuldades na memória de longo prazo	Ver TV, dormir, saúde dos filhos e dos netos, ir buscar a neta às 15h30	Queixas físicas no estômago. Doenças crónicas refer
7	4	F	20	19	Sem dificuldades de memória	Pintar telas, gosta de comer e de descansar	Feliz, Agressividade e pouca autonomia nos AVDs, medo do desconhecido (fogão), comportamento de oposição com a mãe
9	5	F	40	30	Muito desorientada no tempo	Desmotivada para as atividades do dia a dia. As filhas é o que lhe desperta interesse	Sinto-me mal. Indiferença e apatia. Falta de iniciativa e de motivação. Baixa auto-estima – “sinto-me feia”.
10	6	M	34	34	Dificuldades de memória de curto e longo prazo	Dorme, vê TV e nada lhe desperta interesse	Sente-se bem. Não é autónomo no fazer da barba. Tem falta de força nos MS
11	7	M	78	55	Dificuldades na memória de longo prazo	Não sai á noite por causa da saúde. Gosta de se dedicar à agricultura.	Sente-se deprimido por causa da doença e preocupado por causa do filho que tem 45 anos e ainda está em casa.
16	8	F	47	47	Dificuldades na memória de médio e longo prazo	Trata da higiene pessoal e vem às consultas	A vida familiar é horrível. Não consegue fazer as coisas em casa. Sente-se bem consigo própria
17	9	F	57	47	Muito desorientada em termos espaço-temporais	Faz a lida da casa, ajuda a filha. Gosta muito de passar a ferro e de caminhar.	Sente-se doente, cansada, triste. A vida familiar podia ser melhor... a situação familiar da filha preocupa-a. O Genro bate na filha.
-	10	M	42	41	Algumas dificuldades na memória de longo prazo	Ver TV, jogar á carta, ir às testemunhas do Jeová	Sinto-me bem. Enervo-me e descontrolo-me com facilidade. A vida familiar é normal.

## ANEXO 5 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Teste: Teste de Avaliação Neuropsicológica – Entrevista Semi-Estruturada sobre Saúde Mental e Bem Estar em Gerontes (Faria, et al, 2012)

PARTE I – ENTREVISTA PRÉVIA Principais Queixas do Paciente									
NºP	Nº	Sexo	Idade	Idade Reforma					
Queixas subjetivas e espontâneas									
Queixas Generalizadas									
Sintomas Específicos - Episódios									
Sintomas constantes de evolução progressiva									
Transtornos nas funções complexas									
1	1	F	50	47	Tristeza; Ansiedade, Desmotivada, Dorme com medicação	Dores de cabeça, percas de visão, cansaço, memória, pouco capacidade de iniciativa	Desmaios frequentes, visões do marido, vozes do marido	-	Orientação, dificuldades no vestir e despir, exprime-se com dificuldade
4	2	F	54	40	Bem. Sente que tem um parasita no intestino	Parasita no intestino; Dores de cabeça	Desmaios quando tem crises no intestino	Falta de força, cansaço, perdas de visão, tonturas	-
5	3	F	70	63	Estômago, esófago, dorme com medicação	Traqueia, intestinos	Dificuldades de memória	-	Conduz e ajuda a neta a fazer os TPC do 3º ano do 1º ciclo.
7	4	F	20	19	Muitos conflitos com os pais e irmãs. Queria ter um namorado	Só dores menstruais	-	-	Dificuldades de orientação espacial; conjugação da roupa.
9	5	F	40	30	Está tudo mal comigo. Tenho sempre ansiedade	Dores de cabeça e nas costas	Muitas dificuldades de memória	-	Dificuldades no cálculo
10	6	M	34	34	Dorme bem. Tem falta de força no braço direito	-	Dificuldades escrever	-	Dificuldades em comunicar espontaneamente e no cálculo mental
11	7	M	78	55	Deprimido. Descontrola-se com facilidade.	Angustiado. Dorme porque toma o xanax. Tensão muscular leva-o a perder a audição.	-	Dificuldades auditivas	-
16	8	F	47	47	O que está à minha volta está tudo mal... comigo está tudo bem.	Muitas dores de cabeça, perdas de visão. Não tem dinheiro para fazer face à sua capacidade de iniciativa	Tem tido princípios de desmaios. Só avisos	Problemas visuais e auditivos têm-se agravado com a idade.	Dificuldades no vestir e despir, pois tenho peso a mais e falta de ar, tenho bronquite asmática.
17	9	F	57	47	Sinto-me cansada, triste	Dores de cabeça, tonturas, só estou bem de olhos fechados	Descontrolo-me com facilidade.	-	Não me consigo concentrar, nem ter gosto por nada.
-	10	M	42	41	Bem, nervoso, tonturas, vertigens. Dorme bem	-	Por vezes vê coisas e ouve barulhos	-	Algumas dificuldades em se orientar.

## ANEXO 5 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Teste: Teste de Avaliação Neuropsicológica – Entrevista Semi-Estruturada sobre Saúde Mental e Bem Estar em Gerontes (Faria, et al, 2012)

				PARTE II – Avaliação Psicológica da Saúde e Bem Estar APOIO SOCIAL				
NºP	Nº	Sexo	Idade	Idade Reforma	Rede de suporte informar – Vizinhos e Familiares	Isolamento Social	Relação de Amizade	
1	1	F	50	47	Vive sozinha, pouco contacto com os vizinhos	Passa a noite sozinha, tem uma amiga a Emília, não recebe visitas	A Emília. Gosta de estar em casa com as gatas.	
4	2	F	54	40	Vive com marido e filhas	Passa pouco tempo sozinha. Tem como confidente o marido e as filhas. Recebe visitas com frequência.	Os melhores amigos é a família. Gosta de estar com amigos e família.	
5	3	F	70	63	Vive sozinha, boa relação com os vizinhos	Passa muito tempo sozinha. Desabafa com a irmã que está no Luxemburgo.	Os melhores amigos são os netos... mas os filhos também. Os netos são muito meus amigos.	
7	4	F	20	19	Vive com os pais	Passa as manhãs sozinha; Não gosta dos vizinhos. Desabafa com a mãe e a vizinha de 62 anos	Os melhores amigos é a família. Gosta de estar com a irmã mais velha. Diz não ter amigos da sua idade.	
9	5	F	40	30	Vive com a mãe e a filha mais nova. Relação de indiferença com os vizinhos. Nem os conhece	Passa mais ou menos 3h por dia. Não tem ninguém com quem falar	Não tem amigos. Só gosta de estar com as filhas.	
10	6	M	34	34	Mãe, pai e sobrinha. Tem poucos vizinhos	Muito raramente está sozinha. Fala com a mãe. Não recebe visitas	Em Beja onde vive não tem amigos, em Moura tem alguns; enumerou dois.	
11	7	M	78	55	Não gosta do sítio onde vive. Vive com a mulher e o filho	Recebe poucas visitas. Fala com a mulher e com a filha. Quase nunca está sozinha.	Gosta de estar com a família, mulher e filhos.	
16	8	F	47	47	Não gosta do sítio onde vive, quer o divórcio. Vive com o marido, mas de contra vontade.	Passa todo o dia sozinha. Não tem ninguém com quem falar, nem a quem recorrer.	O pessoal técnico do DPSM de Beja.	
17	9	F	57	47	Gosta do sítio onde vive. Boa relação com os vizinhos	O meu marido está em casa comigo. Tenho a minha filha, marido e netos. Tenho de ajudar a minha filha. Falo com a minha irmã mais nova que está no estrangeiro.	A irmã mais nova.	
-	10	M	42	41	Gosta do sítio onde vive. Vive com o pai e a esposa do pai	Passa mais ou menos 6 horas por dia sozinho, mas tem sempre gente em casa. Não tem ninguém com quem falar em situação de emergência	O pai, a irmã e os sobrinhos são os melhores amigos. Gosta de estar com a família.	

## ANEXO 5 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Teste: Teste de Avaliação Neuropsicológica – Entrevista Semi-Estruturada sobre Saúde Mental e Bem Estar em Gerontes (Faria, et al, 2012)

NºP	Nº	Sexo	Idade	Idade Reforma	PARTE II – Avaliação Psicológica da Saúde e Bem Estar ATIVIDADE	O que gosta de fazer?	Ocupação dos Tempos Livres
1	1	F	50	47	Atividades Preferidas - Prazenteiras	Ouvir Música Brasileira	Ir às compras com a irmã
4	2	F	54	40	Participar nas atividades organizadas pelas animadoras no lar Cozinhar e Rezar	Pintar, Artesanato, Cozinha e Croché	Pesquisas na Internet; Facebook
5	3	F	70	63	Arrumar a casa da filha que está em alvoroço	Costurar e cozinhar	Ver TV
7	4	F	20	19	Comer	Comer, ver TV e dormir	Ouve música
9	5	F	40	30	Estar com as filhas	Ouvir música	Está sempre em tempos livres
10	6	M	34	34	Ler o Jornal "Record"	Ver TV e ir ao café	Tenho sempre tempo livre
11	7	M	78	55	Tratar do quintal	Dedicar-se ao campo e aos enxertos	Em casa na horta e nos enxertos.
16	8	F	47	47	Poder dar uma caminhada pela manhã. Agora não posso, canso-me muito.	Ler, ouvir música, caminhar	Ultimamente muito mal aproveitado.
17	9	F	57	47	Fazer trabalhos manuais	Sair de casa... passear	Faço renda.
-	10	M	42	41	Ler e jogar a carta	Ler	Ler, ver TV e jogar a carta

## ANEXO 5 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Teste: Teste de Avaliação Neuropsicológica – Entrevista Semi-Estruturada sobre Saúde Mental e Bem Estar em Gerontes (Faria, et al, 2012)

SAÚDE MENTAL				
NºP	Nº	Sexo	Idade	Reforma
Auto-avaliação de Saúde e Bem Estar				
QSG TOTAL 60				
QSG DEPR. 20				
QSG A.VIDA 40				
Promoção da Saúde Mental				
Diagnóstico Psiquiátrico				
1	1	F	50	47
4	2	F	54	40
5	3	F	70	63
7	4	F	20	19
9	5	F	40	30
10	6	M	34	34
11	7	M	78	55
16	8	F	47	47
17	9	F	57	47
-	10	M	42	41



## ANEXO 5 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Teste: Teste de Avaliação Neuropsicológica – Entrevista Semi-Estruturada sobre Saúde Mental e Bem Estar em Gerontes (Faria, et al, 2012)

NºP		Nº	Sexo	Idade	Idade Reforma	ENVELHECIMENTO	
						Envelhecimento Bem Sucedido	É necessário para Envelhecimento Bem-Sucedido
1		1	F	50	47	Viver com qualidade de vida	Saúde, amigos e contacto com os familiares
4		2	F	54	40	Com saúde e sentir-se bem	Saúde, dinheiro para as necessidades básicas e ter apoio moral da família, amigos e vizinhos
5		3	F	70	63	Não estar dependente de terceiros	Ter apoio dos filhos, não ter ficado viúva e ter saúde
7		4	F	20	19	Não sabe	Não sabe
9		5	F	40	30	Envelhecer sem rugas	Ter saúde e estar bonita
10		6	M	34	34	Saúde física e mental	Não sei
11		7	M	78	55	Distrair-se, estar ocupado e relacionar-se com os amigos	Afastar-se das preocupações e das maldades dos outros
16		8	F	47	47	Com qualidade de vida, paz e com alguma felicidade	O marido dar-me o divórcio
17		9	F	57	47	Ter saúde e os nossos filhos e netos estarem bem	Ter saúde e os que me rodeiam estarem bem.
-		10	M	42	41	Ter cuidado com a alimentação e comigo	Ter cuidados com a alimentação

## ANEXO 5 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Teste: Teste de Avaliação Neuropsicológica – Entrevista Semi-Estruturada sobre Saúde Mental e Bem Estar em Gerontes (Faria, et al, 2012)

NºP	Nº	Sexo	Idade	Idade Reforma	REFORMA				Observações
					Causa da Reforma	Idade	Ocupação dos Tempos Livres	O que é para si a reforma	
1	1	F	50	47	Doença Mental - Esquizofrenia	47	Frequenta o Centro de Dia	Não necessitar de pedir apoio constante à Segurança Social. É uma fonte de rendimento. Não tenho condições físicas e psicológicas para fazer nada	Viúva; Marido Brasileiro; Casamento tardio; Frequenta centro de dia
4	2	F	54	40	Negligência médica	40	Pintura, artesanato, ler, escrever e internet	É uma coisa boa. Deixa-nos mais tempo para fazer aquilo que gostamos e que quando estamos a trabalhar não temos tempo	Recusa a ideia de ter uma doença mental e de ter sido reformada por tal
5	3	F	70	63	Viuvez=depressão= dependência dos filhos	63	A lida da casa	É mau... gostava de estar a trabalhar no meu serviço	-
7	4	F	20	19	Doença mental	19	Faço o mesmo que fazia	É uma forma de ter mesada	-
9	5	F	40	30	Por doença mental	30	O mesmo de sempre	É uma fonte de rendimento	-
10	6	M	34	34	Por doença mental	34	O mesmo de sempre	Uma fonte de rendimento	Solteiro
11	7	M	78	55	Tempo completo de serviço completo Eu é que pedi	55	Tenho mais tempo para ir à terra e dedicar-me à horticultura	É o meu sustento	-
16	8	F	47	47	Já não tenho condições físicas e psicológicas para trabalhar. Por invalidez	47	-	Aos 47 anos de vida, para mim é muito triste	-
17	9	F	57	47	Por invalidez	46	Mudou tudo para pior	É muito triste e muito mau.	-
-	10	M	42	41	Por invalidez – Doença Mental	41	Faço o mesmo que fazia	É bom, ganho esse dinheiro	Solteiro

## ANEXO 6 - WHOQOL-BREF – Participantes do Género Feminino

Nº	1	2	3	4	5	8	9
0	3	3	2	1	1	3	3
1 - (G1) – Qualidade de Vida Geral	2	4	3	2	1	1	2
2 - (G4) – Qualidade de Vida Geral	2	2	2	4	3	1	1
Total – QV - Geral	4/2=2	6/2=3	5/2=2,5=2	6/2=3	4/2=2	2/2=1	3/2=1,5=1
3 - (F1.4) – Cotação reversível	4(2)	4(2)	3(3)	1(5)	2(4)	4(2)	4(2)
4 - (F11.3) - Cotação reversível	5(1)	3(3)	5(1)	2(4)	4(2)	4(2)	4(2)
5 - (F4.1)	3	4	3	4	2	5	2
6 - (F24.2)	3	4	3	4	2	5	2
7 - (F5.3)	2	3	2	2	2	4	2
8 - (F16.1)	3	4	2	4	2	1	2
9 - (F22.1)	2	4	2	4	2	1	2
10 - (F2.1)	2	3	2	3	2	1	2
11 - (F7.1)	2	3	3	2	2	1	2
12 - (F18.1)	2	3	3	1	1	1	3
13 - (F20.1)	1	3	3	1	2	1	3
14 - (F21.1)	2	3	3	2	2	2	2
15 - (F9.1)	2	4	3	4	4	2	1
16 - (F3.3)	2	3	2	4	3	3	2
17 - (F10.3)	1	3	2	4	2	2	1
18 - (F12.4)	1	3	2	4	2	2	1
19 - (F6.3)	3	3	3	4	2	2	1
20 - (F13.3)	3	4	3	2	2	2	3
21 - (F15.3)	2	4	3	2	2	1	3
22 - (F14.3)	2	4	3	1	1	1	3
23 - (F17.3)	3	4	3	2	1	4	3
24 - (F19.3)	4	4	4	3	4	5	4
25 - (F23.3)	4	4	3	3	4	4	4
26 - (F8.1) - Cotação reversível	4(2)	3(3)	5(1)	2(4)	5(1)	2(4)	4(2)
TOTAL	54/24=2,25=2	82/24=3,416=3	62/24=2,583=2	73/24=3,041=3	53/24=2,208=2	59/24=2,458=2	54/24=2,25=2
Habilitações Académicas	4º	6º	4º	9º	9º	9º	4º
Domínio 1 – Domínio Físico (3,4,10,15,16,17,18/7)	11/7=0,14=1	21/7=3	15/7=2,14=2	28/7=4	19/7=2,71=2	14/7=2	11/7=1,57=1
Domínio 2 – Domínio Psicológico (5,6,7,11,19,26/6)	15/6=2,5=2	20/6=3,33=3	15/6=2,5=2	20/6=3,33=3	11/6=1,83=1	21/6=3,5=3	11/6=1,83=1
Domínio 3 – Relações Sociais (20,21,22/3)	7/3=2,33=2	12/3=4	9/3=3	5/3=1,66=1	5/3=1,66=1	5/3=1,66=1	9/3=3
Domínio 4 – Meio Ambiente (8,9,12,13,14,23,24,25/8)	21/8=2,625=2	29/8=3,635=3	23/8=2,875=2	20/8=2,5=2	18/8=2,25=2	19/8=2,375=2	23/8=2,875=2



## ANEXO 6

### WHOQOL-BREF – Participantes do Género Masculino

Nº	6	7	10
<b>0</b>	2	2	3
<b>1 - (G1) – Qualidade de Vida Geral</b>	3	3	3
<b>2 - (G4) – Qualidade de Vida Geral</b>	3	2	2
<b>Total – QV - Geral</b>	$6/2=3$	$5/2=2.5=2$	$5/2=2.5=2$
<b>3 - (F1.4) – Cotação reversível</b>	2(4)	4(2)	2(4)
<b>4 - (F11.3) – Cotação reversível</b>	4(2)	3(3)	4(2)
<b>5 - (F4.1)</b>	3	3	3
<b>6 - (F24.2)</b>	3	3	3
<b>7 - (F5.3)</b>	2	3	2
<b>8 - (F16.1)</b>	3	2	2
<b>9 - (F22.1)</b>	3	3	4
<b>10 - (F2.1)</b>	2	3	3
<b>11 - (F7.1)</b>	2	3	3
<b>12 - (F18.1)</b>	2	3	3
<b>13 - (F20.1)</b>	2	3	3
<b>14 - (F21.1)</b>	2	3	3
<b>15 - (F9.1)</b>	3	3	4
<b>16 - (F3.3)</b>	3	2	4
<b>17 - (F10.3)</b>	3	3	4
<b>18 - (F12.4)</b>	3	3	4
<b>19 - (F6.3)</b>	3	3	4
<b>20 - (F13.3)</b>	3	2	3
<b>21 - (F15.3)</b>	3	3	3
<b>22 - (F14.3)</b>	2	2	3
<b>23 - (F17.3)</b>	3	2	3
<b>24 - (F19.3)</b>	3	3	4
<b>25 - (F23.3)</b>	3	2	4
<b>26 - (F8.1) – Cotação reversível</b>	3(3)	3(3)	4(2)
<b>TOTAL</b>	$65/24=2.708=2$	$65/24=2.708=2$	$77/24=3.208=3$
<b>Habilitações Académicas – Ano de Escolaridade</b>	9º	4º	12º
<b>Domínio 1 – Domínio Físico (3,4,10,15,16,17,18/ 7)</b>	$20/7=2.857=2$	$19/7=2.714=2$	$25/7=3.57=3$
<b>Domínio 2 – Domínio Psicológico (5,6,7,11,19,26/ 6)</b>	$16/6=2.66=2$	$18/6=3$	$17/6=2.83=2$
<b>Domínio 3 – Relações Sociais (20,21,22/3)</b>	$8/3=2.66=2$	$7/3=2.33=2$	$9/3=3$
<b>Domínio 4 – Meio Ambiente (8,9,12,13,14,23,24,25/8)</b>	$21/8=2.625=2$	$21/8=2.625=2$	$26/8=3.25=3$